

Medizinische Fakultät
der
Universität Duisburg-Essen

Aus dem Institut für Forensische Psychiatrie
- LVR Klinikum Essen -
Direktor: Prof. Dr. med. N. Leygraf

**Lebensweg und Deliktrückfälligkeit schizophrener Patienten nach der
Entlassung aus dem Maßregelvollzug (§ 63 StGB)**

In a u g u r a l – D i s s e r t a t i o n

zur

Erlangung des Doktorgrades Naturwissenschaften in der Medizin (Dr. rer. medic.)

durch die Medizinische Fakultät
der Universität Duisburg - Essen

vorgelegt von

Ulrich Franz Lewe
aus Bielefeld

2015

Dekan: Herr Prof. Dr. med. J. Buer

1. Gutachter: Herr Prof. Dr. med. D. Seifert

2. Gutachter: Herr Prof. Dr. med. M. Schäfer

3. Gutachter: Herr Univ.-Prof. Dr. med. N. Konrad

Tag der mündlichen Prüfung: 21. Januar 2016

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	6
2. Schizophrene Erkrankung und Gewaltdelinquenz.....	9
2.1 Methodische Vorbemerkungen.....	9
2.2 Prä- und poststationäre Gewaltdelinquenz schizophrener forensischer Patienten	10
2.3 Der aktuelle Forschungsstand.....	14
2.4 Forensische Patienten: Legalbewährung und poststationärer Lebensweg.....	16
3. Methodik und Fragestellung.....	19
3.1 Die Essener multizentrische prospektive Studie.....	19
3.2 Methodisches Vorgehen.....	19
3.3 Datenquellen.....	20
3.4 Die Stichprobe der vorliegenden Arbeit.....	21
3.5 Die Erfassung der Rückfalldelinquenz.....	22
3.6 Die Auswertung der Berichte der Bewährungshilfe.....	24
3.7 Die qualitative Inhaltsanalyse.....	24
3.8 Das Kategoriensystem der Inhaltsanalyse.....	25
3.9 Die Berichterstattung an die Strafvollstreckungskammer.....	26
3.10 Sozialer Empfangsraum und Deliktvermeidung.....	26
3.11 Der Erhebungsbogen zur Auswertung der Bewährungshelferberichte.....	26
3.12 Untersuchungsziele.....	27
3.13 Angewandte statistische Verfahren.....	28
3.14 Hypothesen.....	28
4. Ergebnisse.....	32
4.1 Analyse der Berichte der Bewährungshilfe.....	32
4.2 Vergleich der Unterbringungs- und Rückfalldelikte.....	35
4.3 Konsequenzen der Rückfalldelikte.....	38
4.4 Zeitliche Verteilung der Rückfalldelikte.....	38
4.5 Fachliche Nachsorgesituation und poststationärer Verlauf.....	39
4.6 Ärztliche Nachsorge und neuroleptische Medikation.....	40
4.7 Sonstige Nachsorge.....	44
4.8 Gesetzliche Betreuung.....	45
4.9 Wohnsituation.....	46
4.10 Psychisches Befinden und Alltagsbewältigung.....	49
4.11 Arbeits- und Beschäftigungssituation.....	51
4.12 Finanzielle Situation.....	56
4.13 Doppeldiagnosen und Suchtverhalten.....	58
4.14 Warnungen der Bewährungshilfe.....	61
4.15 Entwicklungen im Verlauf.....	63
4.16 Probanden mit gewalttätiger Rückfalldelinquenz.....	67
5. Diskussion.....	73
5.1 Methodendiskussion.....	74
5.2 Ergebnisdiskussion.....	76
5.2.1 Bewährungshilfe: Auswertung der Berichte; Beziehungsgestaltung zu Probanden und dem übrigen Helfer- und Kontrollsystem.....	77
5.2.2 Poststationäre Risikofaktoren: Ergebnisse des Gruppenvergleiches.....	81
5.2.3 Probanden mit gewalttätigen Rückfalldelikten.....	90
5.2.4 Unerwartete Ergebnisse.....	91
5.2.5 Wirkt stationäre und ambulante forensische Therapie?.....	94

5.3	Gelungene Rehabilitation.....	97
5.4	Empfehlungen.....	100
6.	Zusammenfassung.....	102
7.	Literaturverzeichnis.....	103
8.	Anhang.....	109
8.1	Abbildungen und Tabellen.....	109
8.2	Tabelle der χ^2 – Werte.....	112
8.3	Poststationäre Prognosekriterien: Ergebnisse der Gruppenvergleiche.....	113
8.4	Abkürzungen.....	114
8.5	Erfassungsbogen zur Auswertung der Bewährungshelferberichte.....	115
8.6	Wertelabel.....	123
9.	Danksagung.....	125
10.	Lebenslauf.....	126

Neustart

Da stand ich nun, an einem neuen Anfang, der mir, wie schon so oft davor, alles und noch mehr abverlangte. Hinter mir lag eine Vergangenheit, die für lange Zeit in meine Gegenwart ausstrahlen würde. Polizisten, Gutachter, Psychiater, Sozialarbeiter, Juristen, Psychologen, Journalisten, sie alle hatten meinen ungewöhnlichen Fall bis ins letzte Detail dokumentiert und somit unauslöschlich gemacht. Wer konnte es ihnen verübeln? Ich nicht. Wer sich allen Ernstes für einen Messias hält, mit der Philosophie-Ikone Peter Sloterdijk den Kampf aufnimmt, kurz darauf den Papst über einen apokalyptischen Krieg zwischen Engeln und Dämonen unterrichten will und schlussendlich seinen Vater im eigenen Elternhaus erschlägt, kann nicht auf Diskretion hoffen. Das war meine neue Herausforderung, die ich verstehen und bewältigen musste. Als ehemaliger Psychotiker, geistig abnormer Rechtsbrecher und einstiger Bewohner der geschlossenen Klapsmühle in einer normalen Welt zu bestehen, die sich in den letzten vier Jahren auch ohne mich weitergedreht hatte und auf mich keine Rücksicht nahm.

Mathias Illigen

1. Einleitung

Die vorliegende Arbeit ist eine weiterführende Untersuchung der multizentrischen prospektiven Essener Prognosestudie (Seifert, 2007). Diese bilanziert den internationalen Forschungsstand zur forensischen Prognostik: es bleibe „festzuhalten, dass die europäischen im Vergleich zu den nordamerikanischen Arbeitsgruppen teils widersprüchliche Erkenntnisse über den Stellenwert der klinischen und historischen Daten herausgearbeitet haben. Einigkeit besteht darüber, dass Variablen, die das ambulante Empfangsfeld des Probanden betreffen, in die Prognoseüberlegungen einbezogen werden sollten und dass valide Aussagen lediglich durch ein prospektives Studiendesign zu erreichen sind“ (Seifert, 2007). Wenn man den Stand der Forschung betrachtet, fällt auf, dass es eine Fülle von Untersuchungen zu retrospektiv entwickelten Prognosekriterien und zur Rückfalldelinquenz bedingt entlassener forensischer Patienten gibt. Empirische Untersuchungen über ihren weiteren Lebensweg, den Zusammenhang von Gestaltung des sozialen und therapeutischen Empfangsraumes und ihrer möglichen Deliktrückfälligkeit wie bei Adler et al. (1997) sind selten und wurden zunächst nicht systematisch weiterverfolgt. Diesen Ansatz greift die vorliegende Arbeit wieder auf. Sie untersucht speziell den weiteren Lebensweg forensischer Patienten mit einer Schizophrenie nach ihrer bedingten Entlassung aus der geschlossenen Behandlung.

Die hier untersuchten Probanden unterstanden juristisch zwei Maßregeln der Besserung und Sicherung. Für ihren stationären Aufenthalt gilt die freiheitsentziehende Maßregel nach § 63 StGB, die festlegt, unter welchen Bedingungen eine Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus anzuordnen ist. Poststationär sind sie der Führungsaufsicht nach § 68 StGB unterstellt, die als eine begleitende Maßregel ausgelegt ist. Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus wird nur dann angeordnet, wenn der Angeklagte „eine rechtswidrige Tat im Zustand der Schuldunfähigkeit (§ 20 StGB) oder der verminderten Schuldfähigkeit (§ 21 StGB) begangen“ hat und „wenn die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat ergibt, dass von ihm infolge seines Zustandes erhebliche rechtswidrige Taten zu erwarten sind und er deshalb für die Allgemeinheit gefährlich ist“ (§ 63 StGB). Eine zeitliche Höchstgrenze für die Behandlung und Unterbringung ist nicht festgelegt. Die weitere Vollstreckung der Unterbringung wird dann zur Bewährung ausgesetzt, „wenn zu erwarten ist, dass der Untergebrachte außerhalb des Maßregelvollzuges keine rechtswidrigen Taten mehr begehen wird. Mit der Aussetzung tritt Führungsaufsicht ein“ (§ 67d (2) StGB). Diese zweite Maßregel ist im Zusammenhang der vorliegenden Arbeit von besonderer Bedeutung, da sie die Hilfs- und Kontrollmöglichkeiten für den bedingt entlassenen Patienten juristisch definiert und die formale und inhaltliche Ausgestaltung der Arbeit der Aufsichtsstelle und der Bewährungshilfe strukturiert. Erstere hat eine eher kontrollierende Funktion. Sie „überwacht

... das Verhalten der verurteilten Person und die Erfüllung der Weisungen“ (§ 68a (3) StGB). Die Bewährungshilfe hat eine eher sozialtherapeutische Funktion. Sie steht im Einvernehmen mit der Aufsichtsstelle „der verurteilten Person helfend und betreuend zur Seite“ (§ 68a (2) StGB). Das Gericht ist gegenüber der Aufsichtsstelle und der Bewährungshilfe weisungsbefugt. Letztere berichtet „über die Lebensführung der verurteilten Person in Zeitabständen, die das Gericht bestimmt“ (§ 56d StGB). In der Regel wird von den Gerichten ein Berichtszeitraum von sechs Monaten festgelegt.

Quantitativ ergibt sich die Bedeutung der vorliegenden Arbeit aus der Tatsache, dass die Anzahl der nach § 63 StGB untergebrachten Patienten in den letzten Jahren stark angestiegen ist. Dabei wuchs die Gruppe der Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung überproportional an. Sie erhöhte sich „in den Jahren 1994 bis zum Jahr 2005 um den Faktor 3,6 und übertrifft damit den Anteil der Erhöhung der nicht-schizophrenen Patienten ... deutlich, die „nur“ um den Faktor 2,3 gestiegen ist“ (Kutscher et al., 2009). Zum Stichtag 31.03.2008 waren in Deutschland ca. 8000 Menschen gemäß § 63 StGB zur Behandlung in einer Klinik des Maßregelvollzugs untergebracht. Jährlich kommen ca. 800 bis 1000 Patienten dazu, wobei seit 1997 deutlich weniger Patienten pro Jahr entlassen werden (Seifert, 2010). Diese Entwicklung hat dazu geführt, dass die etwa 4000 Patienten mit der Diagnose „Schizophrenie“ mittlerweile die größte Gruppe im Maßregelvollzug stellen, während bis Mitte der 1990er Jahre Patienten mit einer Persönlichkeitsstörung die Rangliste anführten (Seifert, 2012). Auch die zur Unterbringung führenden Delikte haben sich in diesem Zeitraum verändert. So waren „aktuell neben Tötungsdelikten am häufigsten Körperverletzungsdelikte Anlass für die Unterbringung gemäß § 63 StGB gewesen“ (Kutscher & Seifert, 2007). Zu erwarten ist, dass sich dieser erheblich angestiegene Anteil von Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung nach der Behandlung in der stationären Forensik in absehbarer Zeit auch in der Arbeit der Führungsaufsicht und der forensischen Nachsorge wiederfinden wird und dort besonderer Beachtung bedarf.

Die vorliegende Untersuchung konzentriert sich auf den bisher kaum untersuchten weiteren Lebensweg bedingt aus dem Maßregelvollzug nach § 63 StGB entlassener Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung. Dabei ist sie in der Lage, erstmalig einen langen Katamnesezeitraum zu überblicken (Mittelwert: 7 Jahre 6 Monate; Median: 7 Jahre 9 Monate; für 97,9% der Untersuchungsgruppe ist die Nachbeobachtungszeit damit länger als die angeordnete Führungsaufsicht).

Im Mittelpunkt des Interesses steht neben der Erfassung erneuter Straffälligkeit die Frage, ob sich in der ambulanten Nachbetreuung und poststationären Lebensgestaltung Unterschiede zwischen rückfälligen und nicht-rückfälligen Probanden nachweisen lassen. Daraus ließen sich Erkenntnisse zu poststationären Prognosemerkmalen und zu protektiven Faktoren in der

Gestaltung von Lebens- und Behandlungsmöglichkeiten entwickeln, welche die legalprognostische Einschätzung bedingt entlassener schizophren erkrankter forensischer Patienten verbessern und die Wahrscheinlichkeit vor allem gewalttätiger Rückfalldelikte senken könnte.

2. Schizophrene Erkrankung und Gewaltdelinquenz

Das Thema „Schizophrene Erkrankung und Gewaltdelinquenz“ ist im fachlichen wie im öffentlichen Diskurs ständig präsent. Denn wer als Folge einer psychotischen Erkrankung „... schlussendlich seinen Vater im eigenen Elternhaus erschlägt, kann nicht auf Diskretion hoffen.“, so ein ehemaliger forensischer Patient in einem der seltenen literarischen Selbstzeugnisse dieser Patientengruppe (Illigen, 2009). Artikel in einer Tageszeitung mit Titeln wie „Adoptiv-Vater fast erdrosselt – Psychisch kranker Bielefelder unter Auflagen frei“ (joh Neue Westfälische 22.12.2012) oder „Schizophrenie und Gewalt“ in einer ärztlichen Fachzeitschrift (Hodgins & Müller-Isberner, 2014) belegen dies. Ob sie in Zeiten wachsender Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen das Stereotyp vom gefährlichen Geisteskranken bedienen und verstärken, wäre im Einzelfall anhand geeigneter Kriterien zu überprüfen (Angermeier et al., 2013; Seifert, 2012).

2.1 Methodische Vorüberlegungen

Die methodischen Vorüberlegungen sollen fachliche Kriterien bereitstellen, die die Gefahr zusätzlicher Stigmatisierung durch diese Arbeit minimieren und die bei einer vergleichenden Darstellung und Interpretation von Ergebnissen unterschiedlicher Studien zu berücksichtigen sind.

Dabei sind grundsätzlich „... zumindest vier mögliche Beziehungen zwischen psychischer Störung und Delinquenz vorstellbar und nicht a priori unrealistisch:

- Die psychische Störung verursacht oder verstärkt die Neigung zur Begehung rechtswidriger Taten;
- Die psychische Störung vermindert oder beseitigt die Neigung zur Begehung rechtswidriger Taten;
- psychische Störung und rechtswidrige Taten stehen in keinem Wirkungszusammenhang;
- die psychische Störung vermindert bei manchen, verstärkt bei anderen - je nach deren Verfassung - die Neigung zu rechtswidrigen Taten“ (Kröber, 2009).

Um Delinquenzrisiken unterschiedlicher Populationen realistisch und angemessen beschreiben und vergleichen zu können, empfiehlt es sich,

1. diese in drei unterschiedlichen Modi darzustellen: a) als absolutes Risiko, b) als relatives Risiko und c) unter Beachtung zuzuordnender Risiken - attributable risks / confounders (Swanson, 2011)
2. zwischen Männern und Frauen zu unterscheiden und
3. die Inzidenzhäufigkeit pro Altersstufe zu berücksichtigen.

Zudem sind die meisten wissenschaftlichen Studien von ihrer Anlage und Methodik her recht unterschiedlich angelegt. Daher sind bei einer vergleichenden Interpretation ihrer Ergebnisse zusätzlich einige Faktoren zu berücksichtigen:

- Die Studien finden zu unterschiedlichen Zeiten in unterschiedlichen Ländern statt
- Sie untersuchen sozial unterschiedlich zusammengesetzte Regionen (Land, Bundesland, Stadtteil mit hohem Anteil armer Migrantenpopulation)
- Das Merkmal „Delinquenz“ wird durch unterschiedliche juristische Verfahren (Maßregel, erstinstanzlich vor Amtsgericht) und unterschiedlich geführte Kriminalregister definiert
- Allgemein kriminologische attributable risks (Konfundierungen) werden entweder häufig nicht einbezogen oder beschrieben, aber nicht statistisch gewichtet.
- Psychiatrische attributable risks (Komorbide Erkrankungen) werden entweder nicht vollständig einbezogen, beschrieben, aber nicht statistisch gewichtet oder sind nicht berechenbar, da sie zu den Matching-Kriterien gehören
- Die Vergleichsgruppen differieren.

Darüber hinaus wird die Erfassung von Gewaltdelinquenz nicht nur durch die Qualität von Kriminalregistern, sondern auch vom gewählten Erhebungsmodus (Kriminalregister allein oder zusätzliche Befragung des engeren sozialen Umfeldes oder des Probanden selbst) beeinflusst. Regional (Stadt/Land; armer Stadtteil/wohlhabender Stadtteil) und länder-spezifisch (USA/Europa) gibt es unterschiedliche Basisraten für Gewaltdelinquenz. Sie ist statistisch gesehen ein seltenes Ereignis, weshalb verallgemeinernde Schlussfolgerungen nur mit Einschränkungen gezogen werden können. (Walsh et al., 2002; Fazel & Grann, 2006; Kröber, 2009; Peay, 2011; Swanson, 2011).

2.2 Prä- und poststationäre Gewaltdelinquenz schizophrener forensischer Patienten

Bei den Unterbringungsdelikten schizophrener Erkrankter nehmen Körperverletzungsdelikte (28,7%) und Tötungsdelikte (36,4%) eine herausragende Position ein. Andere Arten von Gewaltdelinquenz spielen eine untergeordnete Rolle (s. Tab. 6, S. 37).

Absolutes Risiko Körperverletzung: Im Jahr 2012 wurde bei N=258 schizophren Erkrankten eine Maßregel nach §§20/63 StGB wegen eines Körperverletzungsdeliktes angeordnet. Die deutsche Strafverfolgungsstatistik differenziert nicht nach psychiatrischen Diagnosen., aber man kann bei Anwendung des § 20 StGB davon ausgehen, dass hier überwiegend Delikte von Angeklagten mit einer schizophrenen Erkrankung verhandelt wurden (Statistisches Bundesamt, 2014a). Aus der Perspektive des absoluten Risikos betrachtet, begeht die überwiegende Mehrheit (99,8%) aller schizophren erkrankten Menschen, in ihrem ganzen Leben kein

Gewaltdelikt (Leygraf 2006a). Das ist länderübergreifend wissenschaftlicher Konsens (Wallace et al., 1998; Monahan, 2001; Walsh et al., 2002; Fazel et al., 2009a; Seifert, 2012).

Relatives Risiko Körperverletzungsdelikte: Von 1995 bis 2011 steigt die Anzahl jährlicher Unterbringungsanordnungen nach § 63 StGB wegen einer Körperverletzung (§ 223, 224 StGB) um den Faktor 2,9 von 93 auf 270. Die Anzahl von Verurteilungen strafmündiger Erwachsener ab 18 Jahren für das gleiche Delikt steigt im gleichen Zeitraum um den Faktor 3,3 von 17191 auf 57429 (Statistisches Bundesamt, 2014b). Somit sind schizophren Erkrankte an dieser Deliktgruppe mit etwa 0,5% beteiligt (1995: 0,54%; 2011: 0,47%).

attributable risks: Die nach § 63 StGB untergebrachten forensischen Patienten gleichen in ihrer sozialen Zusammensetzung der Straftäterpopulation in deutschen Gefängnissen (Leygraf, 1988). Er betont: „... auch die Delinquenz schizophrener Patienten erklärt sich nicht allein aus der Erkrankung, sondern verhält sich durchaus entsprechend allgemeiner kriminologischer Gesetzmäßigkeiten“ (Leygraf, 2006). Zusätzlich ist in den vergangenen 20 Jahren ein starker Anstieg komorbider psychiatrischer Erkrankungen beobachtet worden (Wallace et al., 2004; Kutscher et al., 2009). Diesen allgemein-kriminologischen und klinisch-psychiatrischen „attributable risks“ wird in neueren wissenschaftlichen Studien zum Thema „Schizophrene Erkrankung und Gewaltdelinquenz“ mehr Aufmerksamkeit gewidmet.

Die signifikantesten allgemein kriminologischen Prädiktoren für Gewaltdelinquenz sind:

- niedriger sozio-ökonomischer Status/Arbeitslosigkeit
- männliches Geschlecht
- jüngeres Erwachsenenalter
- Personenstand ledig/geschieden

Diese Variablen sind jede für sich genommen stärkere Prädiktoren für gewalttätiges Verhalten als eine schizophrene Erkrankung (Wessely, 1998; Fazel & Grann, 2006; Swanson et al., 2008; Fazel et al., 2009a).

Psychiatrische attributable risks: Der Anteil komorbider psychiatrischer Erkrankungen ist bei schizophren erkrankten (forensischen) Patienten in den letzten 20 Jahren stark angestiegen (Wallace et al., 2004; Leygraf, 2006; Kutscher et al., 2009). Damit steigt deren Bedeutung als Konfundierungsquelle einer möglichen Gewaltdelinquenz schizophrener Erkrankter. Dies bezieht sich vor allem auf die Diagnosen

- komorbide Substanzmittelabhängigkeit
- komorbide Persönlichkeitsstörung (v.a. dissoziale, emotional instabile oder kombinierte Persönlichkeitsstörung)

Wissenschaftliche Studien aus unterschiedlichen Ländern belegen, dass diese psychiatrischen attributable risks Schlüsselfaktoren bei der Entwicklung einer Gewaltdelinquenz sind und jede

für sich ein stärkerer Prädiktor für gewalttätiges Verhalten ist als eine schizophrene Erkrankung (Swanson, 1994; Eronen et al., 1996; Arseneault et al., 2000; Moran et al., 2003; Fazel & Grann, 2004; Wallace et al., 2004; Fazel et al., 2009b; Stompe & Schanda, 2009; Fazel et al., 2010; Piontek et al., 2012; Richards, 2014).

Tötungsdelikte schizophren erkrankter Menschen sind ein seltenes Ereignis und ein besonderes Faszinosum, da für Außenstehende kein nachvollziehbares Motiv erkennbar ist. Die innere Logik einer Psychose ist auf den ersten Blick kaum zu durchschauen und wenn doch, erscheint sie so fremd und bizarr, dass sie kaum geglaubt werden kann. Um eine realistische Einschätzung dieser besonders schwerwiegenden Delikte zu bekommen, empfiehlt es sich auch hier, sie ebenfalls aus dem Blickwinkel von absolutem und relativem Risiko und anderen zuzuordnenden Risiken zu beschreiben.

Absolutes Risiko Tötungsdelikte: Für das Kollektiv schizophren erkrankter Menschen bleibt die Zahl der Tötungsdelikte mit Werten von N=93 für das Jahr 2000, N=88 für 2005 und N=91 für 2011 relativ konstant (Statistisches Bundesamt, 2014b). Eine ähnliche Entwicklung wurde aus England und Wales berichtet, wo über einen Zeitraum von 38 Jahren (1957 bis 1995) alle Tötungsdelikte von Menschen mit einer psychotischen Erkrankung erhoben wurden. Ihre Anzahl blieb ebenfalls relativ konstant mit einem Höhepunkt für das Jahr 1979. Danach sanken die Tötungsdelikte jährlich um 3%: von 121 in 1979 auf 60 in 1995 (Taylor & Gunn, 1999).

Relatives Risiko Tötungsdelikte: In Deutschland beträgt der Anteil aller vollendeten Tötungsdelikte 0,01% an der durch die Polizeiliche Kriminalstatistik erfassten Gesamtkriminalität. Die Aufklärungsquote liegt bei 95% (Laue, 2008). Im Jahr 2011 wurden in Deutschland N=539 Menschen wegen eines vollendeten Tötungsdeliktes (§ 211 – 213 StGB) verurteilt, davon wurden N=91 als schuldunfähig Abgeurteilte (§ 20 StGB) mit einer Unterbringungsanordnung in eine forensische Klinik eingewiesen. Man kann annehmen, dass diese Delikte überwiegend von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung begangen wurden (Statistisches Bundesamt, 2014a). Epidemiologische Untersuchungen über längere Zeiträume zeigen, dass die Anzahl von Tötungsdelikten in der Allgemeinbevölkerung sinkt, in Deutschland von N=700 im Jahr 2000 über N=595 in 2005 auf N=491 in 2011. In der Untergruppe der schizophren erkrankten Menschen bleibt die Zahl der Tötungsdelikte mit Werten von N=93 für das Jahr 2000, N=88 für 2005 und N=91 für 2011 konstant (Statistisches Bundesamt 2014b). Das bedeutet für z.B. für das Jahr 2011, dass schizophrene Erkrankte an dieser Deliktgruppe mit 16,9% beteiligt sind.

Während die absolute Zahl von Tötungsdelikten schizophrene Erkrankter über einen längeren Zeitraum in etwa konstant bleibt, lautet die übereinstimmende Aussage aller Untersuchungen zu diesem Thema aber auch, dass im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung von der Gruppe der

schizophren erkrankten Menschen ein höheres Risiko für Tötungsdelikte ausgeht. In einer neueren Metaanalyse von fünf Studien werden odds ratios zwischen 3,0 und 38,3 für Tötungsdelikte schizophren Erkrankter im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung vorgestellt und deren erhebliche Spannweite kritisch diskutiert (Fazel et al., 2009b).

Attributable risks Tötungsdelikte: Es liegen wenige Studien vor, die den Einfluss psychiatrischer (Eronen et al., 1996; Kröber, 2009; Fazel et al., 2010; Taylor & Gunn, 1999; Fazel & Grann, 2004) oder allgemein kriminologischer (Matejkowski et al., 2008; Richard-Deventoy et al., 2009) Konfundierungsfaktoren bei Tötungsdelikten schizophren Erkrankter berücksichtigen.

Insgesamt aber fällt bei Durchsicht der von Fazel et al. 2009b ausgewerteten Studien auf, dass potentiellen allgemein kriminologischen oder komorbiden psychiatrischen attributable risks wenig Aufmerksamkeit gewidmet wird. So wird nur bei zwei der fünf vorgestellten Untersuchungen zu Tötungsdelikten schizophren Erkrankter ein Substanzmittelmissbrauch als Konfundierungsfaktor berücksichtigt. Hier beträgt dann die durchschnittliche odds ratio 10,9 bei einer die Schwankungsbreite von 5,7 bis 18,7 (Fazel et al., 2009b). Ein ähnliches Ergebnis zeigt eine bei Fazel et al. nicht aufgeführte finnische Studie, in der ein Alkoholmissbrauch als Konfundierungsfaktor bei Tötungsdelikten schizophren Erkrankter berücksichtigt wird. Die durchschnittliche odds ratio liegt bei 10,0. Bei einer zusätzlichen komorbiden Alkoholerkrankung ergibt sich ein Wert von 17,0, ohne komorbide Suchterkrankung wird eine odds ratio von 7,0 für Tötungsdelikte schizophren Erkrankter errechnet (Eronen et al., 1996). Kröber macht zu dieser Untersuchung, die ihre Ergebnisse auf der Grundlage einer Einmonatsprävalenz berechnet, darauf aufmerksam, dass die odds ratio für Tötungsdelikte auf 4,4 absinkt, wenn man sie auf der Basis der Lebenszeitprävalenz schizophrener Erkrankungen berechnet (Kröber, 2009). Diese drei Arbeiten, die, wenn auch nur unvollständig, den Konfundierungsfaktor Drogenmissbrauch berücksichtigen, weisen einen niedrigeren Mittelwert von 6,7 und eine geringere Schwankungsbreite der Durchschnittswerte (3,0 bis 10,0) der odds ratios auf, als die drei Untersuchungen, die Konfundierungsquellen nicht berücksichtigen (Mittelwert odds ratio: 23,6; Spannweite odds ratio: 19,4 bis 38,4). Eine weitere Studie untersucht die Tötungsdelikte schizophren Erkrankter, die in einem Zeitraum von 6 Monaten nach ihrer Entlassung aus stationärer Behandlung begangen wurden. Hier werden Einflüsse von mangelnder Medikamentencompliance und Substanzmittelmissbrauch nachgewiesen (Fazel et al., 2010). Drogenmissbrauch oder eine Persönlichkeitsstörung leisten einen stärkeren Beitrag zu Tötungsdelikten als eine schizophrene Erkrankung (Taylor & Gunn, 1999). Gestützt wird diese Aussage durch eine schwedische Untersuchung, die die psychiatrischen Diagnosen aller Delinquenten mit Tötungsdelikten ermittelte. 22,6% hatten

eine Persönlichkeitsstörung, 19,7% wiesen einen Substanzmittelmissbrauch auf und 8,9% eine schizophrene Erkrankung (Fazel & Grann, 2004).

Der Einfluss allgemein-kriminologische Faktoren auf Tötungsdelikte schizophrene Erkrankter ist wissenschaftlich kaum untersucht. Eine amerikanische Studie untersucht die Motive zu Tötungsdelikten bei psychisch schwer erkrankten Menschen, die in einem Gefängnis untergebracht waren. Diese sind teilweise unabhängig von der Erkrankung ähnlich wie Tötungsdelikte Gesunder auch durch Habgier, aus Rache oder zur Verdeckung andere Delikte motiviert. Von den insgesamt N=935 Probanden der Untersuchungsgruppe hatten N=27 die Diagnose einer Schizophrenie. Deren Tötungsdelikte standen 7x im Zusammenhang mit anderen Vergehen und 5x mit dem Motiv der Bereicherung mit Sachwerten oder Geld (Matejkowski et al., 2008). Eine französische Studie vergleicht die Charakteristika von Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung (N=37; Schizophrenie, paranoide Störung, affektive Störung) und ohne jegliche psychiatrische Erkrankung (N=73), die ein Tötungsdelikt begangen hatten. Bis auf den psychopathologischen Verlauf gleicht die Tätergruppe mit einer schweren psychiatrischen Erkrankung der nicht-erkrankte Vergleichsgruppe: Sie sind jüngere Männer, leben alleine, haben eine Vorgeschichte mit psychiatrischen oder strafrechtlichen Eintragungen und einen Drogenmissbrauch (Richard-Deventoy et al., 2009). Wegen der geringen Größe und Besonderheit der Stichprobe (Gefängnis-population) und des weit gefassten Diagnosebegriffes sind verallgemeinernde Schlussfolgerungen auf die Gesamtpopulation der schizophren Erkrankten nicht sicher abzuleiten. Gleichwohl kann man aus diesen Untersuchungen die Hypothese entwickeln, dass allgemein kriminologische attributable risks auch bei Tötungsdelikten schizophren Erkrankter eine Rolle spielen können.

2.3 Der aktuelle Forschungsstand

In einer systematischen Zusammenfassung und vergleichenden Metaanalyse von 20 wissenschaftlichen Untersuchungen zum Thema „Schizophrene Erkrankung und Gewalt“ geben Fazel et al. (2009b) eine kritische Übersicht über den Stand der Forschung:

1. Bezogen auf Gewaltdelinquenz schwanken die odds ratios im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung erheblich. Sie liegen für männliche Erkrankte zwischen 1,41 und 7,03, mit einem Mittelwert von 3,98; für gemischtgeschlechtliche Populationen zwischen 1,81 und 13,97 mit einem Mittel von 5,02; für weibliche Erkrankte zwischen 4,04 und 28,74 und einem Durchschnittswert von 7,85. Fazel et al. merken dazu an, dass 9 Studien den Einfluss zusätzlicher psychischer Erkrankungen nicht berücksichtigen und nur 4 von 20 Arbeiten Konfundierungen durch den sozioökonomischen Status kontrollieren.
2. Die Werte von Risikoschätzungen gewalttätigen Verhaltens schizophren Erkrankter ohne komorbiden Substanzmissbrauch liegen zwischen 1,16 und 5,47 bei einem Mittel von 2,14,

wobei auch hier nur 4 von 11 Untersuchungen den sozioökonomischen Status als Konfundierungsquelle berücksichtigen.

3. Bei Tötungsdelikten variieren die odds ratios noch stärker. Sie liegen zwischen 3,01 und 38,35 mit einem Mittelwert von 19,47 aus fünf Studien. Der Mittelwert der zwei Studien, die dabei Konfundierungen durch Substanzmittelmissbrauch berücksichtigen, liegt bei 6,55; der Mittelwert der drei Studien, die dies nicht tun, beträgt 26,40.

4. Der Prozess der Deinstitutionalisierung beeinflusst die Rate gewalttätiger Vorfälle nicht. Untersuchungen zur Gewaltdelinquenz psychisch erkrankter Menschen vor und nach dem Prozess der Deinstitutionalisierung psychiatrischer Großeinrichtungen zeigen ähnliche Ergebnisse (Fazel et al., 2009b).

In einer eigenen Studie untersuchten sie in Schweden über einen Zeitraum von 1973 bis 2006 N=8003 schizophren Erkrankte. Diesen ordneten sie N=80025 nach Alter, Geschlecht, sozioökonomischem Status, Personenstand, Einheimisch/Immigrant und Substanzmittelmissbrauch gematchte Probanden aus der Allgemeinbevölkerung zu, um diese Prädiktoren als Konfundierungsquellen kontrollieren zu können. Eine Untersuchung von nicht erkrankten Zwillingen der schizophren Erkrankten machte mögliche familiäre Bedingungsfaktoren erkennbar. Von den psychotisch erkrankten Zwillingsgeschwistern waren 28,3%, von den nicht erkrankten Zwillingen 17,9% durch gewalttätige Delikte aufgefallen. Beide Werte liegen statistisch signifikant erheblich über dem der Allgemeinbevölkerung (5,3%). Sie legen nahe, dass es signifikante, von der Erkrankung unabhängige familiäre/soziale Einflüsse auf die Gewaltdelinquenz schizophren Erkrankter gibt. Bei Kontrolle der genannten Konfundierungsquellen beträgt die odds ratio bezüglich der Gewaltdelinquenz schizophren Erkrankter im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung 1,2 (Fazel et al., 2009a).

Die Inzidenz der schizophrenen Erkrankung fällt zu 85% in die Altersgruppe der jugendlichen und jüngeren Erwachsenen bis 39 Jahre. Deshalb wäre es auch angemessen, die Rate ihrer Gewaltdelinquenz (Körperverletzung und gefährliche und schwere Körperverletzung) mit der der entsprechenden Altersgruppe Nicht-Erkrankter zu vergleichen, die um 15% höher liegt als die der Allgemeinbevölkerung. (Kleiber & Meixner, 2000; McGrath, 2006; Gaebel & Wölwer, 2010; van der Werf et al., 2014; Statistisches Bundesamt, 2014b). Vor diesem Hintergrund lässt sich die von Fazel et al. ermittelte odds ratio auch so interpretieren, dass schizophren Erkrankte kein höheres Risiko für eine Gewaltdelinquenz haben als die Allgemeinbevölkerung, wohl aber ein altersentsprechendes.

Dabei gibt es bezogen auf die Gewaltdelinquenz schizophren erkrankter Menschen bedeutende Geschlechtsunterschiede. Im Jahr 2011 waren 9,6% der in Deutschland wegen Gewaltdelinquenz Verurteilten Frauen. Sie stellen 42% der schizophren erkrankten Menschen. In der

repräsentativen Stichprobe der Essener Studie (N=143) sind sie aber nur mit N = 4 (2,8%) vertreten (McGrath, 2006; Seifert, 2007; Statistisches Bundesamt, 2014b).

Das Gefährdungspotential bei einer schizophrenen Erkrankung konzentriert sich auf bestimmte Untergruppen, Entwicklungsstufen und Komorbiditäten, wie eine produktive psychotische Symptomatik, ein chronisches Wahnsystem, ein Agieren unter Einfluss dieses Systems, eine komorbide Sucht oder dissoziale Persönlichkeitsstörung, sowie eine insuffiziente Behandlungs- und Neuroleptikacompliance (Modestin & Ammann, 1996; Leygraf, 2006; Seifert, 2012).

Monahan fasst zusammen: nach einer Übersicht der Forschungsergebnisse der letzten 24 Jahren gebe es mittlerweile eine relativ große Übereinstimmung, dass „eine aktive psychiatrische Erkrankung ein mäßiger Risikofaktor für Gewalt ist“. Es gebe aber nach wie vor bemerkenswerte Differenzen, welche politischen und juristischen Konsequenzen aus diesem moderaten Zusammenhang zu ziehen seien (Monahan, 2007 zit. n. Peay, 2011).

2.4 Forensische Patienten: Legalbewährung und poststationärer Lebensweg

Zum Thema „Schizophrene Erkrankung und Gewaltdelinquenz“ gibt es eine Fülle wissenschaftlicher Studien (s. die Übersichtsartikel Eronen et al., 1998; Fazel et al., 2009b).

Sie befassen sich aber selten mit der Legalbewährung und den Lebensumständen entlassener forensischer Patienten. Man weiß daher wenig über die Bedingungen einer gelingenden oder misslingenden Wiedereingliederung dieser Patientengruppe, deren Behandlungserfolg sich stark über das Thema „Gewaltdelinquenz“ definiert. So waren z.B. 36,4% der hier untersuchten Probanden wegen eines Tötungsdeliktes und weitere 41,2% wegen eines anderen Gewaltdeliktes untergebracht (s. Abb. 1, S.107).

In Tabelle 1 sind die Studien zusammengestellt, die die Legalbewährung von entlassenen psychiatrisch - forensischen Patienten untersucht haben. Die mit * gekennzeichneten Studien untersuchten die Legalbewährung hochgesicherter psychiatrischer Patienten nach forcierter, d.h. auf Grund höchstrichterlicher Entscheidungen gegen den Rat der behandelnden Institution erwirkter Entlassung. Etwa 81% dieser Probandengruppe verüben nach einer time at risk von 4 Jahren keine Gewaltdelikte. Man kann annehmen, dass dieser Wert in etwa auch auf die schizophren erkrankten Probanden dieser Untersuchungen zutrifft, da das Rückfallrisiko für Gewaltdelinquenz bei anderen psychiatrischen Erkrankungen (Substanzmittelabhängigkeit, Persönlichkeitsstörung) erfahrungsgemäß höher ist, wie die Studie von Rice & Harris zeigt, wo nach einer t-a-r von 8,1 Jahren 54% der psychopathischen, 37% der alkoholabhängigen und 16% der schizophren erkrankten forensischen Probanden mit einem Gewaltdelikt rückfällig geworden waren (Rice & Harris, 1995; s.a. Schmidt-Quernheim & Seifert, 2014).

Tab. 1 Studien zur Legalbewährung (forciert) entlassener forensischer Patienten

Studie	Pro- banden N	Davon mit Schizo- phrenie %	time at risk Jahre	Rückfalldelinquenz in %			
				Alle Diagnosen		Schizophrenie	
				Allgemein	Gewalt	Allgemein	Gewalt
Steadmann/ Cocoza 1974*	920	77,0					
Aufenthalt in allgemeinpsychiatri- schem Krankenhaus	199 (sample aus 920)		4,0	21,6	15,0	k.A.	k.A.
Davon auch ambulant	98		4,5	20,4	2,0	k.A.	k.A.
Thornberry/ Jacoby 1979*	586	64,5					
Aufenthalt in allgemein psychiatrischem Krankenhaus	540		4,0	k.A.	18,3	k.A.	k.A.
Davon auch ambulant	406		4,0	23,7	11,7	k.A.	k.A.
Rice & Harris 1995	622	25,0	8,1	k.A.	35,0	k.A.	16,0
Rusche 2004*	32	28,1	4,7	24,2	16,5	k.A.	k.A.
Kudlung 2007	179	19,0	5,0	51,4	13,4	k.A.	k.A.
Bezzel 2008	39	33,8	1,0	15,4	0,0	5,1	0,0
Seifert 2010	321	44,6	7,5	31,5	10,3	20,3	7,7
Nilsson et al. 2011	46	32,6	3,6	15,0	11,0	k.A.	k.A.
Butz et al. 2013	105	59,0	3,7	2,0	0,0	k.A.	0,0
Schmidt-Quernheim/ Seifert 2014	115	56,6	5,6	20,0	1,7	17,0	k.A.
*: forcierte Entlassungen		k.A.: keine Angaben					

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass bis etwa 2007 die gewalttätige Rückfalldelinquenz schizophrener erkrankter forensischer Patienten um den Wert von 18% pendelt.

Ausweislich neuerer Untersuchungen mit einer t-a-r von 4 - 7,5 Jahren sinkt der Wert poststationärer Gewaltdelinquenz auf 0,0% - 7,7%. Es wird von einem Tötungsdelikt berichtet (Seifert, 2010; Butz et al., 2013; Schmidt-Quernheim & Seifert 2014). Bei Schmidt-Quernheim & Seifert wurde die allgemeine Rückfalldelinquenz nach Diagnosen getrennt ermittelt. 33% der intelligenzgeminderten, 27% der persönlichkeitsgestörten und 17% der schizophren erkrankten Probanden wurden mit meist leichteren Delikten Rückfällig. 1,7% der Probanden begingen gewalttätige Delikte. Zu Tötungsdelikten kam es in dieser

Probandengruppe nicht. Diese positive Entwicklung ist wahrscheinlich darauf zurückzuführen, dass alle Probanden der genannten Studien in ein sozialpsychiatrisches Betreuungsetting eingebunden waren und durch forensische Fachambulanzen nachbehandelt wurden.

Während also einige Untersuchungen zur Legalbewährung forensischer Patienten vorliegen, gibt es bisher nur wenige Studien, die der Frage nachgehen, wie der poststationäre soziale Empfangsraum aussieht und wie eine Lebenspraxis und eine therapeutische Begleitung im poststationären Verlauf forensischer Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung gestaltet sein müsste, die die individuell unterschiedliche Stressbelastbarkeit und Vulnerabilität der Probanden mit einer schizophrenen Erkrankung berücksichtigt, mögliche Krisen zeitnah erkennt und bearbeitet und auf diese Weise eine positive Legalbewährung fördert. Einen ersten Ansatz in dieser Richtung unternahm in einer diagnosegemischten und eher qualitativen Studie Adler et al. 1997. Dieser wurde aber zunächst nicht weiterverfolgt.

Die Essener multizentrische prospektive Untersuchung nahm diesen Ansatz auf und führte ihn mit verbesserter Methodik und mit einer für Deutschland quantitativ und in der Diagnosezusammensetzung repräsentativen Stichprobe (N=321) bedingt entlassener forensischer Patienten (§ 63 StGB) weiter (Seifert, 2007). An diese Arbeit knüpft die vorliegende Untersuchung an. Sie erforscht erstmals den poststationären Verlauf und die Rückfalldelinquenz einer für Deutschland repräsentativen Gruppe bedingt entlassener forensischer Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung (N=143).

3. Methodik und Fragestellungen

3.1 Die Essener multizentrische prospektive Studie

Die vorliegende Arbeit knüpft inhaltlich und methodisch an die prospektive multizentrische Essener Studie an (Seifert, 2007). Diese untersuchte in einem Erhebungszeitraum vom 1.10.97 bis 31.3.2003 333 forensische Patienten in 17 forensischen Kliniken/Abteilungen und sieben allgemeinspsychiatrischen Krankenhäusern aus sieben Bundesländern. In dieser Breite und bezogen auf die Verteilung der Delikt- und Diagnosegruppen kann die Stichprobe als repräsentativ für den Bereich des Maßregelvollzuges nach § 63 StGB in Deutschland angesehen werden.

Bei allen Probanden wurden im direkten Vorfeld ihrer bedingten Entlassung

- sozialstatistische und historische Daten
- testpsychologische, apparative, und neurologische Daten sowie
- klinische Parameter

erhoben und ausgewertet.

In den prospektiven Teil der Untersuchung wurden nur diejenigen Probanden einbezogen, bei denen seit der Entlassung ein Katamnesezeitraum von mindestens 24 Monate vorlag. Dieser Zeitraum wurde gewählt, da der Übergang von einer mehrjährigen kustodialen Unterbringung zu einer ambulanten Eingliederung als krisenbehaftet gilt, was einer Mischung aus überzogenen Erwartungen und erworbenen Hospitalisierungsschäden der Probanden geschuldet ist. In dieser Zeitspanne kommt es überproportional häufig zu Rückfällen (Leygraf & Windgassen, 1988).

3.2 Methodisches Vorgehen

Die vorliegende Arbeit setzt nun speziell für die Untergruppe der Probanden mit einer schizophrenen Erkrankung die Untersuchung des poststationären Verlaufes nach einem längeren Katamnesezeitraum (7,5 Jahre) fort. Ihr methodisches Vorgehen leitet sich ab aus ihrer speziellen Fragestellung, dem Stand der Forschung zu diesem Thema und der Qualität der vorliegenden Daten. Die Erforschung poststationärer Prognosemerkmale, die Aussagen zur Wahrscheinlichkeit einer rückfallfreien Integration forensischer Patienten machen, steht noch am Anfang. In diesem Stadium ist ein eher qualitatives Forschungsdesign angemessen, da es zunächst darauf ankommt, den Forschungsbereich zu erkunden und zu beschreiben und ihn durch erste nachvollziehbare Klassifikationen zu strukturieren, wobei eine Klassifikation den Anforderungen nach Eindeutigkeit, Ausschließlichkeit und Vollständigkeit genügen muss (Friedrichs, 1990). Erste Hypothesen werden entwickelt, durch Fallbeispiele untermauert und,

wo die Datenqualität es zulässt, mit statistischen Methoden überprüft. Da die durch den Fragebogen erhobenen Daten vom Messniveau her Kategorialdaten (Binär, ordinal oder nominal) sind, leiten sich von hier auch die statistisch möglichen Berechnungsmodi ab (Field, 2009). Dabei geht die Arbeit so vor, dass die Gruppe der rückfälligen mit den nicht-rückfälligen Probanden verglichen wird. Klienten mit schweren Rückfalldelikten (Anwendung von Gewalt) werden gesondert analysiert. Die rückfälligen Probanden werden einmal mit der Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen verglichen. Da Patienten des Maßregelvollzuges aber eine sehr heterogene Probandengruppe bilden, besteht die Gefahr von Konfundierungen, d.h. man vergleicht Menschen (-gruppen), deren Vergleich keine sinnvolle Aussage bezüglich forensischer Prognostik ergibt (z.B., wenn man einen jungen Erwachsenen mit einer schizophrenen Ersterkrankung und einem Gewaltdelikt mit einem älteren chronisch schizophrenen Heimbewohner vergleicht). Um diesem Dilemma zu entgehen, wird jedem Rückfälligen ein nach Delikt, Diagnose, Unterbringungsdauer, Alter und Geschlecht nicht-rückfälliger „Zwilling“ zugeordnet. Diese gematchte Vergleichsgruppe ermöglicht im Vergleich validere Aussage, da die genannten Kriterien als Konfundierungsfaktoren kontrolliert sind. Man nimmt aber auf der anderen Seite in Kauf, bezüglich der Matchingkriterien keine Aussagen treffen zu können, da sie künstlich gleich gehalten sind. Kasuistiken erläutern und vertiefen typische poststationäre Verläufe.

3.3 Datenquellen

Die hier verwendeten Daten und Informationen stammen

- aus der Essener multizentrischen prospektiven Studie
- aus dem Bundeszentralregister
- aus der eigenen Inhaltsanalyse von Bewährungshelferberichten über Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung.

Dass Bewährungshelferberichte als Informationsquelle nützlich sein können, ist durch Katamnese Studien hinreichend belegt (Dimmek & Dunker, 1996; Seifert et al., 2001). Letztere kommen anhand einer eigenen Untersuchung zu dem Schluss, dass die Berichte der Bewährungshilfe „eine geeignete Datenquelle für die Erhebung katamnestischer Daten darstellen., auch wenn Umfang und Qualität differieren. Sie enthalten größtenteils ausführliche Informationen zu den Lebensbedingungen der Probanden nach der Entlassung“ (ebd.). Sie merken aber auch kritisch an, dass Informationen über die prognostisch bedeutenden Merkmale „Medikamentencompliance“ und „Suchtmittelgebrauch“ in vielen Berichten unterrepräsentiert sind.

3.4 Die Stichprobe der vorliegenden Arbeit

In dieser Arbeit werden Probanden aus der Essener prospektiven Studie vertieft untersucht, die im Erkenntnisverfahren gutachterlich die Hauptdiagnose aus dem Bereich ICD 10 F. 20 bis 25 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen) erhielten. Der Katamnesezeitraum der vorliegenden Untersuchung liegt zwischen 3 und 9 Jahren, im Mittel beträgt er 7 Jahren und 6 Monate, der Median liegt bei 7 Jahre und 9 Monaten. Die Probanden wurden von 1997 bis 2003 vor ihrer bedingten Entlassung erstuntersucht. Informationen zu ihrem weiteren Lebensweg in Form von Berichten der Bewährungshelfer liegen bis zum Jahr 2007 vor. Die Bewährungshelferberichte wurden nach Prüfung des Verfahrens durch die Daten-schutz-Beauftragten der beteiligten Länder und nach Zustimmung der entsprechenden Landesjustizministerien in Kopie angefordert.

Größe der Stichprobe: N=143, davon waren N=4 Frauen

Diagnosen: ICD 10 F. 20 – F. 25

Bewährungshelferberichte: liegen vor für N=96 Probanden

Nachbeobachtungszeit: im Mittel 7,5 Jahre, damit für 97,1% der 96 Probanden länger als die angeordnete Dauer der Führungsaufsicht

Rückfalldelinquenz im Katamnesezeitraum: N=29 (21,3%), davon zwei Frauen

Erneute Unterbringung im Maßregelvollzug: N=15 (10,5%, davon N=11 wegen einer erneuten Straftat, N=4 wegen Weisungsverstößen)

Bewährungshelferberichte für rückfällige Probanden liegen vor für N=25

Rückfalldelinquenz mit Gewaltanwendung: N=11 (7,7%), nur Männer

Bewährungshelferberichte für N=11 rückfällige Probanden mit Gewaltdelikten liegen vollständig vor.

Das Durchschnittsalter aller Probanden lag 2010 bei 52 Jahren, mit einer Spannweite von 33 bis 79 Jahren. Die rückfälligen Probanden waren im Mittel 49 Jahre alt, mit einer Spannweite von 33 bis 71 Jahren.

Die Probanden verteilten sich folgendermaßen über die sozialen Schichten:

Tab. 2 Soziale Schichtung der Stichprobe

Soziale Schicht	N	%
Oberschicht	1	1,0
mittlere Mittelschicht	5	5,2
untere Mittelschicht	29	30,2
obere Unterschicht	49	51,0
untere Unterschicht	9	9,4
unbekannt	3	3,1
Summe	96	100

60,4% der forensischen Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung stammen aus der Unterschicht. Diese ist damit bei forensischen Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung (46% Unterschicht) deutlich überrepräsentiert. Die überproportionale soziale Randständigkeit der Maßregelvollzugpatienten ist seit langem bekannt (Leygraf, 1988).

Dissoziales Verhalten in den Herkunftsfamilien trat bei 13,0% der Probanden auf. Alkohol und Drogenabhängigkeit war in 24% der Herkunftsfamilien ein Problem. Die Kriminalitätsentwicklung der Probanden vor der Anordnung der Maßregel nach § 63 StGB zeigt das Bundeszentralregister. 62 der 96 Probanden hatten ein Vordelikt, davon aus dem Bereich der Gewaltdelikte: 1x Mord, 1x Vergewaltigung, 8x Körperverletzung, 1x Freiheitsberaubung und 1x Bedrohung. Diebstahl war mit 14 Nennungen vertreten, der Rest der Delikte verteilte sich auf andere Delinquenzarten. Ein zweites Vordelikt wiesen 44 Probanden auf, davon 2x Vergewaltigung, 11x Körperverletzung und 6x Diebstahl.

Eine Vorstrafe vor Einweisung in den Maßregelvollzug wiesen 67,1% der Stichprobe auf. Von den 96 Probanden, für die insgesamt Berichte vorliegen, hatten 93 die Erstdiagnose ICD 10 F. 20, einer F. 21 und zwei F. 25. Eine Zweitdiagnose haben 37 Probanden: 29 x eine Suchterkrankung (F. 10 - F. 19), 6 x eine Intelligenzstörung (F. 70 - F. 79) und 2 x eine Persönlichkeitsstörung (F. 60 – F. 69). Die Dauer der forensisch stationären Unterbringung betrug im Mittel 67 Monate mit einem Minimum von sieben und einem Maximum von 311 Monaten.

3.5 Die Erfassung der Rückfalldelinquenz

Als Rückfälligkeit werden Ereignisse erfasst, die für den jeweiligen Probanden aus der o.g. Stichprobe im Bundeszentralregister aufgeführt sind. Dabei kann Rückfälligkeit verschiedene Bedeutungen haben:

1. ein Proband entweicht den vorgesehenen Strukturen (z.B. Verlassen eines Wohnortes ohne Einverständnis) und wird darauf hin wegen Strafverfolgung oder mit einem Sicherungsunterbringungsbefehl gesucht.
2. die Bewährung eines Probanden wird widerrufen, weil er gegen richterlichen Weisungen verstößt (z.B. andauernder Alkoholkonsum, kein Kontakt zum Bewährungshelfer).
3. es kommt zu einer erneuten Straftat und einer juristischen Konsequenz (z.B. Geldstrafe, Bewährungsstrafe, Unterbringung in einer forensischen Klinik). Jede Straftat findet unabhängig von ihrer jeweiligen Schwere Eingang in das Bundeszentralregister (Haneke, 2005).

Um eine Vergleichbarkeit mit anderen Rückfallstudien zu gewährleisten, werden Rückfälle anhand folgender Kriterien eingeordnet:

R 1: generelle Rückfälligkeit (jegliche Eintragung im Strafregister unabhängig vom Delikt oder der Deliktschwere, auch „wegen Schuldunfähigkeit nach § 20 StGB eingestellt“)

R 2: schwere Rückfälligkeit (Delikte mit Verurteilungen zu Haftstrafen, erneuter Unterbringung oder Widerruf der ausgesetzten Maßregel)

R 3: spezielle Rückfälligkeit (Delikte gegen Leib und Leben sowie Sexualdelikte, räuberische Erpressung, Nötigung und Bedrohung in Zusammenhang mit der Verurteilung zu einer Haftstrafe oder erneuter Verurteilung, Widerruf der Bewährungsentlassung. Widerrufsfälle ohne erneute Verurteilung oder Unterbringung werden unter R 1 eingeordnet).

Ein ebenfalls gebräuchliches, differenzierteres und an die Systematik des StGB angelehntes System teilt die Delikte in folgende Gruppen ein:

1. Tötungsdelikte
2. Körperverletzungen
3. Sexualdelikte ohne Gewaltanwendung
4. Sexualdelikte mit Gewaltanwendung
5. Eigentumsdelikt ohne Gewaltanwendung
6. Eigentumsdelikt mit Gewaltanwendung
7. Brandstiftung
8. Sonstige
9. Strafverfolgung
10. Unbekannt
11. Verstoß gegen Weisungen

3.6 Die Auswertung der Berichte der Bewährungshilfe

Bewährungshelferberichte sind in dieser Arbeit zugleich Untersuchungsgegenstand (genügen sie fachlich den Anforderungen nach ausreichender Information des strafvollstreckenden Richters?) als auch Informationsquelle zum poststationären Verlauf eines Probanden und zu möglichen poststationären Prognosemerkmalen. Um ihre Qualität zu erfassen und Informationen zur Lebens- und Betreuungssituation des Probanden zu erhalten, wurde zur Erstellung einer Inhaltsanalyse ein theoretisch begründetes Kategoriensystem entwickelt, das die Informationen aus den Berichten systematisch erfasst. Sie werden in einem Bogen pro Proband zu Auswertung festgehalten (s. Anhang 8.5, S. 113).

In diesem Auswertungsbogen werden Basisdaten zum Probanden, Basisdaten zu den Berichten, Informationen zur Lebens- und Betreuungssituation und zu Drogen und Alkoholmissbrauch des Probanden sowie zur Qualität der Zusammenarbeit des Helfersystems erfasst. Die Fragen sind teils offen und teils strukturiert verfasst. Ebenso gibt es die Kategorie „Sonstiges, Besonderheiten“, um seltene oder unerwartete Ereignisse dokumentieren zu können. Zur Erfassung von Entwicklungen im zeitlichen Verlauf wird bei bedeutsamen Variablen nach Zuständen am Beginn und am Ende der Führungsaufsicht gefragt. Methodenkritisch ist zu den Bewährungshelferberichten anzumerken, dass sie eher eine Widerspiegelung dessen sind, was der jeweilige Bewährungshelfer für relevant und berichtenswert hält. Da sie nicht nach dem Kategoriensystem dieser Untersuchung verfasst worden sind, kann man aus nicht-vorhandenen Informationen zu bestimmten Themenbereichen nicht unbedingt schließen, dass diese in der Wahrnehmung des Bewährungshelfers oder im Leben der Probanden keine Rolle gespielt haben. Diese Einschränkung berücksichtigend stellen die Bewährungshelferberichte eine probate Annäherung an die Lebens- und Behandlungspraxis der Probanden dar.

3.7 Die qualitative Inhaltsanalyse

Das Kategoriensystem zur Erfassung der Bewährungshelferberichte leitet sich aus folgenden methodischen Überlegungen und Forschungsinteressen ab: Die vorliegenden Informationen (=Bewährungshelferberichte) sind nicht eigens für diese Untersuchung erstellt worden, sondern dienen der Unterrichtung eines strafvollstreckenden Richters über den Bewährungsverlauf eines Probanden. Zur Analyse dieser Dokumente bietet sich die Methode der systematischen Inhaltsanalyse an. Diese gewinnt ihre Aussagen durch ein Kategoriensystem, „nach dem die Einheiten des Materials in den problemrelevanten Dimensionen codiert werden“ (Friedrich, 1999). Die Inhaltsanalyse ist eine so genannte nicht-reaktive Methode, da es keine Interaktion zwischen Forscher und Untersuchtem gibt. Dadurch sind Verzerrungen durch die Untersuchungssituation minimiert (Friedrich, 1999). Sie geht dabei systematisch, regelgeleitet

und theoriegeleitet vor, um „Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen“. Zu ihren Grundtechniken gehören die Häufigkeitsanalyse (Frequenzanalyse), die Valenz- und Intensitätsanalyse (mehrstufige Ausprägungen pro Variable) und die Kontingenzanalyse (Untersuchung von Textelementen im Textzusammenhang) (Mayring, 2008).

3.8 Das Kategorienystem der Inhaltsanalyse

Bei forensischen Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung ist der Zusammenhang zwischen Delikt und Krankheitssymptomatik gutachterlich festgestellt. Das heißt im Umkehrschluss aber auch, dass der Erfolg einer stationären und/oder ambulanten Behandlung/Betreuung die Rückfallfreiheit eines Probanden in hohem Maße bestimmt. Theoretisch und praktisch leitet sich eine gute stationäre und ambulante Behandlung der Schizophrenie aus Prämissen ab, die M. Bleuler so formuliert hat: „Nach unserem heutigen Wissen bedeutet Schizophrenie in den meisten Fällen die besondere Entwicklung, den besonderen Lebensweg eines Menschen unter besonders schwerwiegenden inneren und äußeren Bedingungen, welche Entwicklung einen Schwellenwert überschritten hat, nach welchem die Konfrontation der persönlichen inneren Welt mit der Realität und der Notwendigkeit zur Vereinheitlichung zu schwierig und zu schmerzhaft geworden ist und aufgegeben worden ist“ (zit. n. Dörner et al., 2007). Diese Grundideen hat Ciompi in seiner Theorie der Affektlogik zu einem psycho-sozio-biologischen Modell der Psyche vertieft und weiterentwickelt (Ciompi, 1998). Es ist die bisher entwickeltste Theorie schizophrener Erkrankungen. Sie erklärt die Wechselwirkungen „zwischen

- biologisch körperlichen und psychosozialen Faktoren
- angeborenen und erworbenen Faktoren
- intrapsychischen und zwischenmenschlich-kommunikativen Prozessen
- kognitiven und affektive Prozessen
- strukturellen und dynamischen Aspekten
- akut produktiven und chronisch-unproduktiven Zuständen“ (Wienberg, 2003).

Daraus ergeben sich therapeutische Konsequenzen, die auch die Kategorien der Inhaltsanalyse der Bewährungshelferberichte darstellen:

- Fragen der neuroleptischen Behandlung.
- die Qualität der Zusammenarbeit des Behandlungs- und Betreuungssystems.
- Die Fähigkeit des Probanden zur Alltagsbewältigung.
- Hat der Proband einen seiner Stressbelastbarkeit gemäßen Platz in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit gefunden?
- Wie geht der Proband mit Drogen und Alkohol um?

- Ist es dem Probanden gelungen, einen “bedeutsamen Anderen” für sich zu gewinnen? (Adler et al., 1997; Ciompi, 1998).
- Wie sind seine Beziehungen zur Herkunfts- und eigenen Familie und zu seinem Freundes- und Bekanntenkreis?

3.9 Die Berichterstattung an die Strafvollstreckungskammer

Es ist bekannt, dass die Berichte der Bewährungshelfer an die strafvollstreckenden Richter unterschiedlicher Qualität sind (Seifert et al. 2001). Nicht selten liefern sie nur wenig fundierte Informationen für eine dem Probanden gerecht werdende Entscheidung. Deshalb soll die Analyse der vorliegenden Bewährungshelferberichte nach theoretisch fundierten und überprüfbaren Kategorien auch dazu dienen, Verbesserungsvorschläge zum System der Berichterstattung zu machen, die praktikabel sind, dem Krankheitsbild des Probanden gerecht werden und so einen Beitrag zu einer verbesserten Rückfallprophylaxe leisten können.

3.10 Sozialer Empfangsraum und Deliktvermeidung

Als Schlussfolgerung aus einer Bilanzierung des internationalen Forschungsstandes zu Prognosechecklisten und forensisch-gutachterlichen Gefährlichkeitseinschätzungen stellt Seifert fest, dass “dem rückfallreduzierenden Effekt einer fachgerechten forensischen Nachsorge nicht genügend Rechnung getragen” wird (Seifert, 2007). Dem Helfer- und Kontrollsystem des jeweiligen Probanden kommt bei der Gestaltung des sozialen Empfangsraumes eine entscheidende Funktion zu. Von der Qualität seiner Zusammenarbeit und seines Informationsaustausches hängt es ab, ob Krisen rechtzeitig erkannt und mit mehr oder weniger Aufwand zeitnah und ohne erneute Rückfalldelinquenz gelöst werden können oder nicht. Damit rückt auch die Frage: “welche Strukturen des sozialen Empfangsraumes, welche Verhaltensweisen des Probanden im ambulanten Setting vermindern, bzw. erhöhen die Wahrscheinlichkeit eines Deliktrückfalles?” in den Fokus des Forschungs- und Behandlungsinteresses.

3.11 Der Erfassungsbogen zur Auswertung der Bewährungshelferberichte

Die Inhaltsanalyse, mit deren Hilfe die Berichte der Bewährungshilfe analysiert und ausgewertet werden, ist abgeleitet aus diesem Kategoriensystem, den Voruntersuchungen zu Bewährungshelferberichten und den Erkenntnissen über die Bedeutung des sozialen Empfangsraumes. Deshalb ist der Erfassungsbogen folgendermaßen aufgebaut:

1. persönliche und forensische Basisdaten zum Probanden
 2. qualitative und quantitative Daten zu den Berichten
 3. Kontakt zum Bewährungshelfer im Verlauf
 4. Zusammenarbeit des Bewährungshelfers mit anderen Akteuren des Helfersystems
 5. Ärztliche und sozialpsychiatrische Nachsorgeformen am Beginn und am Ende der Führungsaufsicht
 6. Wohnsituation des Probanden am Beginn und am Ende der Führungsaufsicht
 7. soziale Kontakte
 8. psychisches Befinden und Alltagsbewältigung
 9. Arbeits-/Erwerbssituation am Beginn und gegen Ende der Führungsaufsicht
 10. finanzielle Verhältnisse am Beginn und gegen Ende der Führungsaufsicht
 11. Neuroleptische Medikation am Beginn und gegen Ende der Führungsaufsicht
 12. Suchtverhalten im Verlauf
 13. Warnungen seitens des Bewährungshelfers
 14. Folgen der Warnungen
 15. Verlaufsbeobachtungen des Bewährungshelfers
 16. Sonstiges/Besonderheiten
- (s. Anhang 8.5, S. 115)

3.12 Untersuchungsziele

1. Die Berichte der Bewährungshilfe sind das zentrale Instrument, mit dessen Hilfe ein Bewährungsverlauf eingeschätzt wird und bei Bedarf korrigierende Entscheidungen des strafvollstreckenden Richters gefasst werden. Aus Voruntersuchungen (Seifert et al., 2001) wissen wir, dass ihre Qualität zum Teil als kritisch eingeschätzt wird. Insofern sind die Berichte selbst qualitativ und quantitativ vor dem Hintergrund des hier explizierten Begründungszusammenhanges Untersuchungsgegenstand der Arbeit, nicht um Zensuren zu verteilen, sondern um handhabbare Verbesserungsvorschläge für dieses zentrale Instrument der Rückfallprophylaxe zu entwickeln.
2. Es wird der poststationäre Verlauf forensischer Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung nachverfolgt, um Art und Weise ihrer Wiedereingliederung zu beschreiben.
3. die Gruppe der gescheiterten Probanden wird einer gematchten und der Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen gegenübergestellt, um Unterschiede in der Gestaltung ihres Lebensumfeldes und der jeweiligen ambulanten Nachsorge zu ermitteln und somit potentielle poststationäre Risikofaktoren zu eruieren. Diese können dann „... auch als mögliche Indikatoren potenziell lohnender Behandlungsziele“ fungieren (Dahle et al., 2011).

4. Die Gruppe von Probanden mit schweren (gewalttätigen) Rückfalldelikten wird einer speziellen Analyse unterzogen, um zu ermitteln, ob sich ihr poststationärer Verlauf durch Besonderheiten auszeichnet.

3.13 Angewandte Statistische Verfahren

Die erhobenen Daten sind überwiegend nominal skaliert. Für dieses Messniveau bietet sich zur statistischen Hypothesenüberprüfung das χ^2 Verfahren an. In dieser Arbeit wird überwiegend mit 4-Felder Kontingenztafeln mit einem $df = 1$ gearbeitet; d.h. zwei voneinander unabhängige Probandengruppen (Rückfällige/Nicht-Rückfällige werden bezüglich einer Variable (z.B. Suchtprobleme im Verlauf ja/nein) auf statistisch bedeutsame Unterschiede untersucht. Ausnahmen mit einer 2×3 Kontingenztafel sind gesondert gekennzeichnet. Dabei bedeutet ein Signifikanzniveau von 0,05, dass die Unterschiede signifikant und von 0,01 dass sie hoch signifikant sind. Bei der vorhandenen Stichproben-größe ist häufig der für die χ^2 Berechnung notwendige Erwartungswert kleiner als 5. Hier bietet sich zur Berechnung der Effektstärke einer Variable im Vergleich zweier unterschiedlich großer Probandengruppen die odds ratio an, die ein metrisches Maß für den beobachteten Effekt ergibt (Field, 2009).

Die statistischen Berechnungen erfolgten mit dem Programm SPSS 16, die Literaturverwaltung mit dem Programm Citavi 4.

3.14 Hypothesen

1. Ärztliche Nachsorge und Medikamentencompliance

1.1 Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen ist der Kontakt zum behandelnden Psychiater bei den rückfälligen Probanden unregelmäßiger und von mehr Wechseln gekennzeichnet

1.2 Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen ist der Kontakt zum behandelnden Psychiater bei den rückfälligen Probanden unregelmäßiger und von mehr Wechseln gekennzeichnet

1.3 Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen ist die Compliance bei der neuroleptischen Medikation bei rückfälligen Probanden insuffizienter

1.4 Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen ist die Compliance bei der neuroleptischen Medikation bei rückfälligen Probanden insuffizienter

2. Gesetzliche Betreuung

2.1 Am Beginn der Führungsaufsicht wird im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen das Instrument der gesetzlichen Betreuung bei rückfälligen Probanden seltener eingesetzt

2.2 Gegen Ende der Führungsaufsicht wird im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen das Instrument der gesetzlichen Betreuung bei rückfälligen Probanden seltener eingesetzt

2.3 Am Beginn der Führungsaufsicht wird im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen das Instrument der gesetzlichen Betreuung bei rückfälligen Probanden seltener eingesetzt

2.4 Zu Ende der Führungsaufsicht wird im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen das Instrument der gesetzlichen Betreuung bei rückfälligen Probanden seltener eingesetzt

3. Wohnsituation

3.1 Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen werden zu Beginn der Führungsaufsicht bei den rückfälligen Probanden häufiger stressanfällige Wohnsituationen beschrieben

3.2 Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen werden am Beginn der Führungsaufsicht bei den rückfälligen Probanden häufiger stressanfällige Wohnsituationen beschrieben

3.3 Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen werden gegen Ende der Führungsaufsicht bei den rückfälligen Probanden häufiger stressanfällige Wohnsituationen beschrieben

3.4 Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen werden zu Ende der Führungsaufsicht bei den rückfälligen Probanden häufiger stressanfällige Wohnsituationen beschrieben

4. Psychisches Befinden, Alltagsbewältigung, erhöhte Krisenanfälligkeit

4.1 Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen treten bei den rückfälligen Probanden im Verlauf mehr Probleme auf

4.2 Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen treten bei den rückfälligen Probanden im Verlauf mehr Probleme auf

5. Beschäftigungssituation

5.1 Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen sind am Beginn der Führungsaufsicht rückfällige Probanden häufiger ohne tagesstrukturierende Beschäftigung

5.2 Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen sind bei Beginn der Führungsaufsicht rückfällige Probanden häufiger ohne tagesstrukturierende Beschäftigung

5.3 Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen sind gegen Ende der Führungsaufsicht rückfällig Probanden häufiger ohne tagesstrukturierende Beschäftigung

5.4 Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen sind gegen Ende der Führungsaufsicht rückfällige Probanden häufiger ohne tagesstrukturierende Beschäftigung

6. Einkommenssituation

6.1 Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen beziehen rückfällige Probanden zu Beginn der Führungsaufsicht häufiger ein Einkommen aus der Sozialhilfe

6.2 Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen beziehen rückfällige Probanden am Beginn der Führungsaufsicht häufiger ein Einkommen aus der Sozialhilfe

6.3 Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen beziehen rückfällige Probanden zum Ende der Führungsaufsicht häufiger ein Einkommen aus der Sozialhilfe

6.4 Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen beziehen rückfällige Probanden zum Ende der Führungsaufsicht häufiger ein Einkommen aus der Sozialhilfe

7. Suchtprobleme im Verlauf

7.1 Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen haben die rückfälligen Probanden im Verlauf mehr Suchtprobleme

7.2 Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen haben die rückfälligen Probanden im Verlauf mehr Suchtprobleme

8. Verwarnungen

8.1 Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen ist bei rückfällige Probanden die Anzahl der Verwarnten im Verlauf der Bewährungshilfe höher

8.2 Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen ist bei rückfällige Probanden die Anzahl der Verwarnten im Verlauf der Bewährungshilfe höher

9. Angesprochene Problemfelder

9.1 Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen werden im Verlauf bei den rückfälligen Probanden mehr unterschiedliche Problemfelder angesprochen

9.2 Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen werden bei den rückfälligen Probanden mehr unterschiedliche Problemfelder angesprochen

10. Doppeldiagnosen

10.1 Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen liegen bei rückfälligen Probanden häufiger psychiatrische Doppeldiagnosen vor

10.2 Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen liegen bei rückfälligen Probanden häufiger psychiatrische Doppeldiagnosen vor

11. Problematische Bewährungsverläufe

11.1 Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen werden bei den rückfälligen Probanden die Bewährungsverläufe häufiger als problematisch eingeschätzt

11.2 Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen werden bei den rückfälligen Probanden die Bewährungsverläufe häufiger als problematisch eingeschätzt

12. Empfehlung weiterer therapeutisch/juristische Maßnahmen

12.1 Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen werden bei den rückfälligen Probanden gegen Ende der Führungsaufsicht häufiger weitere therapeutisch / juristische Maßnahmen empfohlen

12.2 Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen werden bei den rückfälligen Probanden zum Ende der Führungsaufsicht häufiger weitere therapeutisch/ juristische Maßnahmen empfohlen

4. Ergebnisse

4.1 Analyse der Berichte der Bewährungshilfe

Die Bewährungshelferberichte zu den einzelnen Probanden werden einer quantitativen und qualitativen Analyse unterzogen und es wird beschrieben, wie die Bewährungshelfer ihre Kontakte zu den Klienten und den anderen Akteuren des Helfersystems gestalten.

Für 72,9% der Probanden dieser Stichprobe wurde die Höchstdauer der Führungsaufsicht von 60 Monaten angeordnet, für 27,1% wurde die Führungsaufsicht auf 36 bzw. 48 Monate festgelegt. Die Spannweite zwischen längster und kürzester Führungsaufsicht beträgt 24 Monate. Eine 24-monatige Führungsaufsicht erhielt keiner der Probanden. Die mittlere Dauer der angeordneten Führungsaufsicht lag bei 55,9 Monaten, also nur knapp unter der möglichen Höchstdauer. Für 96 (67,1%) der N=143 Probanden mit einer schizophrenen Erkrankung liegen 703 Berichte der Bewährungshelfer vor. Im Schnitt wurde alle 7,6 Monate ein Bericht über einen Klienten verfasst. Pro Proband wurden durchschnittlich 7,3 Berichte mit einer Gesamtlänge von 156 Zeilen geschrieben. Damit ist ein Bericht der Bewährungshilfe aus dieser Stichprobe im Schnitt 21,4 Zeilen lang, umfasst also ungefähr eine 2/3 DIN A 4 Seite. Die Anzahl der Berichte pro Proband bewegt sich zwischen 1 und 19. Hierbei spielt die Dauer der Führungsaufsicht eine Rolle, aber auch die von den Richtern angeordnete Berichtsfrequenz, die zwischen 6 und 12 Monaten liegt. Die häufigste Variante ist die sechsmonatige, wobei der Bewährungshelfer in Krisenfällen zur schnelleren Entscheidungsfindung des strafvollstreckenden Richters auch in kürzeren Zeiträumen berichtet. Die Spannweite der kürzesten Berichte pro Proband ist ebenfalls recht groß. So war bei einem Probanden der kürzeste Bericht nur zwei Zeilen, bei einem anderen aber 50 Zeilen lang. Die Spannweiten der längsten Berichte lagen ebenfalls weit auseinander, bei einem Probanden war der längste Bericht acht, bei einem anderen 153 Zeilen lang. Die Spannweite der gesamten Zeilen pro Fall differiert mit minimal 16 und maximal 549 ebenfalls erheblich.

Zur Rangreihe der in den Berichten vorkommenden Themen ist bemerkenswert, dass für die Gesamtgruppe der schizophren Erkrankten das gerade für die kritische Übergangszeit von stationärer zu ambulanter Betreuung bedeutsame Thema der Neuroleptikacompliance erst an 6. Stelle der Themenliste auftaucht. Auf den ersten Rängen stehen die „klassischen“ Themen der Sozialarbeit.

Tab. 3 Rangreihe der Thematiken in der Berichterstattung der Bewährungshilfe zu Beginn der Führungsaufsicht

Variable	Rang	Nennung in % der Berichte
Arbeit	1.	97,9
Wohnen	2.	95,8
Psychisches Befinden /Alltagsbewältigung	3.	85,4
Finanzen	4.	82,3
fachärztliche Nachsorge	5.	81,2
Neuroleptikacompliance	6.	76,0
zusätzliche Nachsorge	7.	38,5
Suchtprobleme	8.	25,0
gesetzliche Betreuung	9.	14,6

Für 81,3 Prozent der Probanden gibt es während der Dauer ihrer Führungsaufsicht keinen Wechsel ihres Bewährungshelfers. Nur zwei erlebten einen zweimaligen Wechsel. Diese erfolgten aus organisatorischen (Veränderung der Zuständigkeiten) oder persönlichen (Umzug in einen anderen Ort) Gründen des Bewährungshelfers. Manche Bewährungshelfer bemühten sich auch erfolgreich um eine Weiterbetreuung ihres Klienten, wenn dieser umzog und nicht mehr in ihrem Zuständigkeitsbereich wohnte. Die Bewährungshelfer beschreiben ihre Kontakte zu den Klienten zu 92,7 % als regelmäßig und zuverlässig, was gewiss auch mit den Sanktionsmöglichkeiten bei der Nicht-Einhaltung von Terminen und Weisungen zusammenhängt. In den Berichten selbst wird häufig beschrieben, dass sich aus dieser Zwangsbeziehung mit der Zeit eine von Vertrauen getragene entwickelt, die einen positiven Bewährungsverlauf fördert. Die Regelmäßigkeit der Kontakte und die hohe Beziehungskonstanz in Verbindung mit den juristischen Sanktionsmöglichkeiten weist dem Bewährungshelfer bei der ambulanten Betreuung einen hohen Stellenwert zu.

Die qualitative Beurteilung der Bewährungshelferberichte orientiert sich hier an Kriterien, die aus dem „Stress-Vulnerabilitätskonzept“ abgeleitet sind (Ciompi, 1998). Zu einer krisen- und damit gleichzeitig deliktvermindernden Rehabilitation eines Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung gehört, dass er sich eine Lebenssituation schafft, die seine je individuelle Stressanfälligkeit und Vulnerabilität berücksichtigt. Dazu gehören die Arbeit oder Tagesstruktur, Partnerschaften und sozialen Beziehungen, Wohnen, das psychische Befinden

und die Alltagsbewältigung, der Umgang mit Alkohol und Drogen und eine vertrauensvolle Beziehung zu einem Arzt, der eine optimale neuroleptische Medikation mit dem Probanden aushandelt und bei Bedarf eine kurzfristige stationäre Krisenintervention veranlasst (Ciompi, 1998)

Tab. 4 Bewertung der Bewährungshelferberichte aus forensisch - psychiatrischer Sicht

Bewertung der Berichte	N	%
Zu kurz, kaum Informationen	9	9,4
Weitschweifig, wenig Infos	15	15,6
Knapp ausreichend	38	39,6
Systematischer Aufbau, gute Informationen	34	35,4
Summe	96	100,0

Nach diesen Kriterien enthalten 25 % der Berichte unabhängig von ihrer Länge zu wenig Informationen, um kompetent den Verlauf einer schizophrenen Erkrankung einschätzen zu können, was bei dem bekannten engen Zusammenhang zwischen Erkrankung und Delikt negative Folgen auf den Bewährungsverlauf haben kann. Bei der insuffizienten Berichterstattung überwiegen die eher zu langen Berichte.

Eine Analyse der Berichte, die nach nicht-rückfälligen, rückfälligen und schwer rückfälligen Probanden unterscheidet, ergibt ein differenzierteres Bild der Berichterstattung.

Tab. 5 Analyse Bewährungshelferberichte: differenziert nach nicht-rückfälligen, rückfälligen und schwer rückfälligen Probanden

N Probanden		Berichte/ Proband	Zeilen/ Proband	Zeilen/ Bericht
insgesamt N=96	Mittelwert	7,30	156	21,4
	Median	7,00	136	
davon rückfällig N=25	Mittelwert	8,04	192	23,9
	Median	9,00	184	
davon mit schwerem Rückfall N=11	Mittelwert	9,36	229	24,5
	Median	10,00	192	

Tendenziell werden die Berichte mit zunehmender Schwere der Rückfalldelikte häufiger und länger. Inhaltlich sind sie eher besser strukturiert und der Austausch des Helfersystems ist bei der Klientel mit schweren Rückfällen intensiver als beim Rest der Stichprobe, wobei

Helferrunden im Untersuchungszeitraum nur bei N=8 Probanden stattfanden. In der Rangreihe der beschriebenen Problemlagen stehen bei den rückfälligen Probanden im Gegensatz zur Gesamtgruppe Probleme bei der Arzt- und Neuroleptikacompliance und Weisungsverstöße an erster Stelle.

Gegen Ende der Führungsaufsicht empfehlen die Bewährungshelfer bei 36,0% der rückfälligen und bei 14,1% der nicht-rückfälligen Probanden weitere therapeutische und/oder juristische Maßnahmen. Diese Ergebnisse belegen, dass die Bewährungshelfer durchaus ein Gespür dafür haben, welcher Klient rückfallgefährdet ist, dass sie sich mit diesen Klienten intensiver beschäftigen und auch die anderen Akteure des Helfersystems zu vermehrten Aktivitäten anhalten.

Der bedingt entlassene forensische Patient ist bei seiner Nachsorge mit einer Fülle professioneller Helfer in unterschiedlichen Rollen und mit unterschiedlichen Aufgaben konfrontiert (niedergelassene Ärzte oder die forensische Nachsorgeambulanz, gesetzliche Betreuer, Mitarbeiter beim ambulanten Wohnen oder im Wohnheim, Rechtsanwälte, Richter, Psychologen, in Krisenfällen die Helfer im psychiatrischen Krankenhaus, Bewährungshelfer, Betreuer am Arbeitsplatz, Mitarbeiter der Argon, ...). Das birgt für Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung, bei denen die Informationsverarbeitung und die Belastung durch soziale Kontakte ein hohes Stressrisiko darstellen kann, einerseits eine große Belastung, andererseits bieten sich für den Probanden Möglichkeiten, bei mangelnder Absprache des Helfersystems dieses selbst auszuspielen und zu spalten.

Eine Analyse der Art der Zusammenarbeit der Bewährungshelfer mit den anderen Akteuren des Helfersystems ergibt, dass im Untersuchungszeitraum der Bewährungshelfer in 2/3 aller Fälle als „Einzelkämpfer“ unterwegs ist, der sich aus eigener Initiative bei einzelnen Mitgliedern des Helfersystems seine Informationen holt. (telefonischer Austausch, persönlicher Austausch im Einzelkontakt, Vereinbarung von Rückmeldungen = 67,7 %). Recht hoch ist auch der Anteil der Bewährungshelfer, die gar nicht über irgendeinen Austausch mit dem Helfersystem berichten (24,8%). Helferrunden, also gemeinsame Treffen der wesentlich an Betreuung und Behandlung Beteiligten, fanden bei N=8 Probanden statt (s. Tab. A 2, S. 110).

4.2 Vergleich der Unterbringungs- und Rückfalldelikte

Die Legalprognose von Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung nach ihrer (meist bedingten) Entlassung aus dem Maßregelvollzug wurde im Rahmen der Essener prospektiven Studie zuerst 2005 untersucht. Zum damaligen Untersuchungszeitraum waren 14 von 101 Probanden mit einer schizophrenen Erkrankung nach einer mittleren time at risk (t-a-r) von 46 Monaten rückfällig geworden (Kutscher & Seifert, 2007). Für das Gesamtkollektiv der Essener Studie (N=321) wurde nach einer mittleren t-a-r von 7,5 Jahren, die schon über die

Höchstdauer der Führungsaufsicht von 60 Monaten hinausgeht, die Legalprognose erneut über alle Diagnosegruppen untersucht. Jetzt hatten N=101 (31,5%) Probanden eine oder mehrere Eintragungen im Bundeszentralregister, N=81 (25,2%) waren erneut straffällig geworden, bei N=33 (10,3%) kam es zu Gewalt und/oder Sexualdelikten (Seifert, 2010). In diesem Kapitel wird aus dieser Stichprobe die Rückfalldelinquenz der Subgruppe von Probanden mit einer schizophrenen Erkrankung (N=143) nach einer mittleren t-a-r von 7,5 Jahren analysiert. Die Gruppe der Rückfälligen, für die über die Dauer der Führungsaufsicht Berichte der Bewährungshelfer vorliegen (N=25) wird mit einer gematchten (nach Alter, Geschlecht, Diagnose, Unterbringungsdelikt und Unterbringungsdauer) Gruppe Nicht-Rückfälliger (N=25) und, wo es sinnvoll erscheint, auch mit der Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen (N=71) verglichen. Ihre Bewährungshelferberichte werden ausgewertet, um Aussagen zum poststationären Verlauf zu machen und poststationäre Risikofaktoren herauszuarbeiten. Als Rückfallereignis wird die erste Eintragung im Bundeszentralregister (BZR) nach der Entlassung gewertet. Bei mehrfachen Einträgen erfolgt eine Bewertung entsprechend der Schwere des Rückfalldeliktes (Seifert, 2007). Auch Straftaten, die nicht im BZR erscheinen, aber in den Berichten der Bewährungshelfer aufgeführt werden, gelten als Rückfallereignis. Dies unter anderem deshalb, weil im BZR Geldstrafen von maximal 90 Tagessätzen oder Freiheitsstrafen bis zu drei Monaten nach 5 Jahren gelöscht werden, wenn anschließend keine neuen Straftaten gemeldet worden sind. Außerdem dauert es mehrere Monate, bis eine rechtskräftig verurteilte Tat auch im BZR erscheint. Um die Ergebnisse mit anderen Studien vergleichbar zu machen, werden Rückfälle nach folgenden Kategoriensystemen eingeordnet:

R1: generelle Rückfälligkeit (jegliche Eintragung im Strafregister unabhängig vom Delikt oder der Deliktschwere, auch „wegen Schuldunfähigkeit nach § 20 StGB eingestellt“)

R2: schwere Rückfälligkeit (Delikte mit Verurteilungen zu Haftstrafen, erneuter Unterbringung oder Widerruf der ausgesetzten Maßregel)

R3: spezielle Rückfälligkeit (Delikte gegen Leib und Leben sowie Sexualdelikte, räuberische Erpressung, Nötigung und Bedrohung in Zusammenhang mit der Verurteilung zu einer Haftstrafe oder erneuter Verurteilung bei Widerruf der Bewährungsentlassung). Widerrufsfälle ohne erneute Verurteilung oder Unterbringung werden unter R2 eingeordnet.

Für die vorliegende Studie sieht das Ergebnis nach einer mittleren t-a-r von 7,5 Jahren so aus: Von 143 Menschen mit einer schizophrenen Erkrankung wurden N=29 (20,3%) rückfällig. Als Konsequenz wurden 15 von ihnen erneut im Maßregelvollzug untergebracht, davon 11 wegen einer erneuten Straftat und 4 wegen eines Weisungsverstoßes (Seifert, 2010). Eine differenziertere und am Strafgesetzbuch orientierte Darstellung der Unterbringungs- und Rückfalldelikte geht nach folgender Systematik vor:

1. Tötungsdelikt
2. Körperverletzung
3. Sexualdelikt ohne Gewalt
4. Sexualdelikt mit Gewalt
5. Eigentumsdelikt ohne Gewalt
6. Eigentumsdelikt mit Gewalt
7. Brandstiftung
8. Sonstige
9. Verstoß gegen Weisungen
10. Erneute Strafverfolgung
11. Unbekannt

Um die Deliktentwicklung der Rückfälligen einordnen zu können, werden zunächst die nach Gruppen geordneten Unterbringungsdelikte aller Probanden (N=143) mit einer schizophrenen Erkrankung vorgestellt. Es überwiegen mit einem Anteil von 82,7% deutlich diejenigen mit einer Gewaltausübung anderen Menschen gegenüber (Tötung, Körperverletzung, Sexualdelikt mit Gewalt, Eigentumsdelikt mit Gewalt (s. Abb. 1, S. 107). Auch die Unterbringungsdelikte der rückfälligen Probanden mit einer schizophrenen Erkrankung (N=29) spiegeln diese Deliktstruktur wider. Hier ist die Anzahl der Taten mit einer Gewaltanwendung (N=24) mit 80,0% ähnlich hoch wie in der Gesamtgruppe.

Tab. 6 Vergleich der Unterbringungs- und Rückfalldelikte

Deliktgruppe	N Unter- bringungs- delikte	% Unter- bringungs- delikte	N Rückfall- delikte	% Rückfall- delikte
1. Tötungsdelikte	52	36,4	1	3,4
2. Körperverletzung	41	28,7	8	27,6
3. Sexualdelikt ohne Gewalt	1	0,7	0	0,0
4. Sexualdelikt mit Gewalt	4	2,8	0	0,0
5. Eigentumsdelikt ohne Gewalt	7	4,9	2	6,9
6. Eigentumsdelikt mit Gewalt	14	9,7	2	6,9
7. Brandstiftung	7	4,9	0	0,0
8. Sonstige	17	11,9	5	17,3
9. Strafverfolgung während der Führungsaufsicht			2	6,9
10. Verstoß gegen Weisungen			7	24,1
11. Unbekannt			2	6,9
Summe	143	100%	29	100%

Der Vergleich der Unterbringungsdelikte der Gesamtstichprobe mit den Rückfalldelikten der rückfälligen Probanden (N=29) lässt drei Tendenzen erkennen:

1. Es lässt sich ein starker Rückgang der Delikte mit Gewaltanwendung von 77,6% (N=111) auf 7,7% (N=11) feststellen. Besonders ausgeprägt ist der Rückgang bei den Tötungsdelikten von 40,0% auf 0,7% und bei den Eigentumsdelikten mit Gewalt von 9,8% auf 1,4%
2. Der Rückgang der Delikte mit Gewaltanwendung ist hoch signifikant (χ^2 11.589 df 1)
3. Im Vergleich zu den Unterbringungsdelikten der Gesamtgruppe treten keine Sexualdelikte mehr auf

Bei den 11 Probanden mit schwerwiegenden Rückfalldelikten fällt auf, dass diese einschlägig sind. Ihre Unterbringungsdelikte waren ebenfalls Gewaltdelikte (5x Tötung, 3x Eigentumsdelikte mit Gewaltanwendung, 2x Körperverletzung, 1x Bedrohung). Diese Probanden mit schwerwiegenden Rückfalldelikten werden in einem gesonderten Kapitel einer speziellen Analyse unterzogen.

4.3 Konsequenzen der Rückfalldelikte

Die Rückfalldelikte hatten für die betroffenen 29 Probanden folgende juristischen Konsequenzen: Geldstrafe (N=7); Widerruf der Bewährung (N=4); Haftstrafe mit Bewährung (N=2); erneute Unterbringung in der Maßregel ohne Bewährung (N=5); Einstellung des Verfahrens wegen § 20 StGB (N=1); gesucht wegen Strafverfolgung (N=2); unbekannt (N=8).

Im Vorfeld eines Rückfalldelikt stehen den Bewährungshelfern aber auch noch andere nicht-juristische Möglichkeiten einer Krisenbewältigung zur Verfügung. In Zusammenarbeit mit den strafvollstreckenden Richtern und den anderen Betreuern im Helfersystem werden in den Berichten der Bewährungshilfe folgende Interventionsmöglichkeiten beschrieben: Änderung/Konkretisierung von Weisungen (N=4); erneutes psychiatrisches Gutachten (N=1); freiwillige stationäre Krisenintervention (N=5); verbesserte Kooperation Helfersystem - Proband (N=7).

4.4 Zeitliche Verteilung der Rückfalldelikte

65,9% der Delikte traten im dritten und vierten Jahr nach der (bedingten) Entlassung auf, der früheste Rückfall war nach 10 Monaten, der späteste nach 68 Monaten. Die Verteilung der Rückfälle über die Zeit ähnelt einer Normalverteilungskurve mit einer Spitze im 3. und 4. Jahr, in denen 65,5 % der Rückfälle stattfinden. Ein anderes Bild ergibt sich, wenn man nur die schweren Rückfalldelikte betrachtet. Hier ergibt sich eine Häufung in den ersten beiden Jahren und ab dem fünften Jahr nach der bedingten Entlassung.

Tab. 7 Zeitliche Verteilung der Rückfalldelikte bei schizophren erkrankten Probanden

t-a-r	Rückfälle	0 – 24. Monat	25. – 48. Monat	49. – 108. Monat
7,5 J	N=29 %	4 13,8%	19 65,5%	6 20,7%
7,5 J	Davon schwere Rückfälle N=11 %	4 36,4%	1 9,1% (25.Monat)	6 54,5%

Dieser Befund deckt sich auf den ersten Blick nicht mit Aussagen über diagnosegemischte Untersuchungsgruppen von Leygraf (2006) und Seifert (2007), die davon ausgehen, dass sich die meisten Rückfalldelikte in den ersten zwei Jahren nach der bedingten Entlassung ereignen. Im Kapitel 5.2.4 werden diese zunächst widersprüchlichen Ergebnisse diskutiert.

4.5 Fachliche Nachsorgesituation und poststationärer Verlauf

Anhand der Variablen (fach-)ärztliche Nachsorge und neuroleptische Medikation, andere Formen der Nachsorge, Gesetzliche Betreuung, Wohnsituation, Arbeits- und Erwerbs-situation, psychisches Befinden und Alltagsbewältigung, finanzielle Verhältnisse, Sucht-verhalten, Warnungen und ihre Konsequenzen und den offenen Kategorien Verlaufsbeob-achtung und sonstige Besonderheiten, wird versucht, ein differenziertes Bild des Entwick-lungsweges von Maßregelvollzugspatienten mit einer schizophrenen Erkrankung nach ihrer Entlassung aus dem Maßregelvollzug nachzuzeichnen. Zu diesem Zweck werden bei den meisten Variablen der Zustand am Beginn der Führungsaufsicht, der Verlauf und der Zustand gegen Ende der Führungsaufsicht erhoben. Dabei werden alle nicht-rückfälligen Probanden (N=71) und eine nach den Kriterien Alter, Geschlecht, Diagnose, Unterbringungsdelikt und Unterbringungs-dauer gematchte (= angeglichenen) Gruppe nicht-rückfälliger (N=25) mit der Gruppe der rückfälligen Probanden verglichen, für die Bewährungshelferberichte vorliegen (N=25). Kasuistiken mit typischen Verläufen verdeutlichen und vertiefen Entwicklungen und Problemlagen rückfälliger und nicht-rückfälliger Probanden. Aus dem Vergleich der Gruppen können dann poststationäre Kriterien abgeleitet werden, die einen positiven oder negativen Verlauf der Nachsorge wahrscheinlich machen und deren Beachtung in der post- stationären Betreuung forensischer Patienten eine verbesserte Legalprognose erwarten lassen.

4.6 Ärztliche Nachsorge und neuroleptische Medikation

Die ärztliche Nachsorge und die Behandlung mit einer neuroleptischen Medikation haben einen hohen Stellenwert bei der Rückfallprophylaxe schizophren erkrankter forensischer Patienten. Daher wird bezüglich dieser beiden Untersuchungsvariablen gefragt, ob es hier Unterschiede bei rückfälligen und nicht-rückfälligen Probanden gibt. Bei 89,6% der Probanden wird am Anfang der Führungsaufsicht über eine ärztliche Behandlung berichtet. Zu den Übrigen 10,4% liegen in den Berichten der Bewährungshelfer keine Informationen vor. Die ärztliche Behandlung wird mit 62,5% überwiegend von niedergelassenen psychiatrischen Fachärzten übernommen. Danach folgen mit 15,6% die Ambulanzen psychiatrischer Fachkrankenhäuser und mit 7,3% die forensischen Nachsorgeambulanzen.

Zum Ende der Führungsaufsicht ändert sich die ärztliche Behandlungsstruktur nicht. Niedergelassene Fachärzte tragen mit 62,5% weiter den größten Anteil der Behandlungen, danach folgen mit 15,5% die psychiatrischen Ambulanzen der Fachkliniken und mit 6,3% die forensischen Nachsorgeambulanzen (s. Tab. A 3, S. 110). Letztere befanden sich im Untersuchungszeitraum noch in einem frühen Entwicklungsstadium. Mittlerweile sind sie zumindest im Bundesland Nordrhein-Westfalen flächendeckend eingeführt und werden bei der Behandlung forensischer Patienten zukünftig eine gewichtigere Rolle spielen.

Die Struktur der ärztlichen Betreuung bei rückfälligen und nicht-rückfälligen Probanden unterscheidet sich nicht und ändert sich auch nicht im Verlauf der Führungsaufsicht (s. Tab. A 3, S.110).

Arztcompliance: Diese Variable gibt Auskunft über die über die Frage, wie sich die Beziehung des Probanden zu seinem behandelnden Arzt gestaltet, ob Termine regelmäßig und zuverlässig wahrgenommen werden und Krisen frühzeitig erkannt und behandelt werden können. Dieses therapeutisch und rückfallprophylaktisch bedeutsame Thema wird in 53,2% der Berichte nicht behandelt. Bei 7,3% der Probanden werden im Verlauf Unregelmäßigkeiten, Abbrüche oder nicht abgesprochene Arztwechsel, bei 39,5% eine regelmäßige ärztliche Betreuung beschrieben.

Bei Probanden mit Rückfalldelikten ist die Informationslage besser, da bei 60,0% dieses Thema angesprochen wird. In der Kategorie „unregelmäßig, nicht-abgesprochene Arztwechsel oder Abbruch der Behandlung“ ist der Anteil der Rückfälligen mit 20,0% deutlich höher als der der Nicht- Rückfälligen mit 2,8% (Gesamtgruppe), bzw. 0,0% (gematchte Gruppe).

Überprüfung der Hypothesen zu 1.1 und 1.2 zur Arztcompliance

1.1 „Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen ist der Kontakt zum behandelnden Psychiater bei den rückfälligen Probanden unregelmäßiger und von mehr Wechseln gekennzeichnet“:

chi² nicht berechenbar, da 2 Erwartungswerte > 5

odds ratio: nicht berechenbar, da ein Wert = 0

1.2 „Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen ist der Kontakt zum behandelnden Psychiater bei den rückfälligen Probanden unregelmäßiger und von mehr Wechseln gekennzeichnet“:

chi²: 8,585 df 2 0,014 signifikant Die Hypothese wird angenommen.

Art der neuroleptischen Medikation: Aus den Berichten der Bewährungshelfer geht hervor, dass zu Beginn der Führungsaufsicht bei 75,0% der Probanden eine dauerhafte orale oder parenterale Depotmedikation angeordnet ist, einer bekam keine Medikation. Bei 24,0% des Klientels wird die neuroleptische Medikation nicht erwähnt, was nicht automatisch bedeuten muss, dass auch keine verordnet wurde, sondern möglicherweise nur, dass dieses Thema nicht für berichtenswert gehalten wird. Gegen Ende der Führungsaufsicht wird bei 70,8% der Probanden von einer verordneten Einnahme von Neuroleptika berichtet, bei 27,1 % wird die Medikation in den Berichten nicht erwähnt, bei 2,1% wird ärztlicherseits eine Medikation für nicht notwendig erachtet.

Neuroleptikacompliance: Ebenso wie bei der ärztlichen Compliance gibt es zu diesem rückfallprophylaktisch bedeutsamen Thema bei 50,0 % der Klienten keine oder kaum aussagekräftige Auskünfte. 34,4% Probanden nehmen ihr Neuroleptika regelmäßig ein und besprechen Veränderungen der Medikation mit ihrem behandelnden Arzt. Bei 15,6% des Klientels zeigen sich Probleme in der Arzt- oder Medikamentencompliance.

Tab. 8 Neuroleptikacompliance der Gesamtgruppe

Neuroleptikacompliance Gesamtgruppe	N	%
keine Infos zum Verlauf	23	24,0
wenig Infos	25	26,0
regelmäßig oder Medikationsänderung abgesprochen	33	34,4
unregelmäßig, Medikationswechsel oder Abbruch nicht abgesprochen	15	15,6
Summe	96	100,0

Die Probanden mit problematischer Neuroleptikacompliance verteilen sich wie folgt auf die unterschiedlichen Gruppen.

Tab. 9 Probleme bei der Neuroleptikacompliance

Probleme mit der Neuroleptikacompliance		N	%
Nicht-Rückfällige (N=71)		5	7,0
Rückfällige (N=25)	leichte Rückfälle (N=14)	4	16,0
	schwere Rückfälle (N=11)	6	24,0

Ob es zwischen Rückfälligen und Nicht – Rückfälligen Probanden statistisch bedeutsame Unterschiede bei der Neuroleptikacompliance gibt, zeigen die nachfolgenden Berechnungen.

Überprüfung der Hypothese 1.3

„Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen ist die Compliance bei der neuroleptischen Medikation bei den rückfälligen Probanden schlechter“:

chi²: 9,561 df 2 0,007 hoch signifikant Die Hypothese wird angenommen

Überprüfung der Hypothese 1.4

„Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen ist die Compliance bei der neuroleptischen Medikation bei den rückfälligen Probanden schlechter“:

chi²: 15,237 df 2 0,001 hoch signifikant Die Hypothese wird angenommen

Die Unterschiede der Gruppe der Rückfälligen Probanden sowohl zu der gematchten Gruppe als auch zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen sind beide Mal hoch signifikant.

Die odds ratio bezüglich der Neuroleptikacompliance zwischen der Gruppe mit schweren Rückfällen (N=11) und der mit leichteren Rückfällen N=14) beträgt 1,92. Das bedeutet, dass die Klienten mit schweren Rückfällen an diesem Problemkomplex fast doppelt so stark beteiligt sind wie die Probanden mit leichteren Rückfällen.

Unterschiedliche Verläufe in der Arzt- und Medikamentencompliance beschreiben die folgenden Kasuistiken:

Kasuistik Nr. 1: Wegen gefährlicher Körperverletzung und räuberischen Diebstahls, begangen im Rahmen einer schizoaffektiven Psychose, wird bei Hr. A. wegen Schuldunfähigkeit im Alter von 33 Jahren die Unterbringung im Maßregelvollzug angeordnet. Bis dato verzeichnete das Bundeszentralregister 11 Vorstrafen, unter anderem Diebstahl und schwere Körperverletzung, Erste dissoziale Auffälligkeiten werden im 14. Lebensjahr bekannt. Vor der Maßregel verbringt er 14 Monate im Gefängnis. Acht Jahre vor der Maßregel wird er erstmals psychiatrisch behandelt. Nach dreijähriger

Behandlung im Maßregelvollzug wird er bedingt entlassen. Er bezieht ein kleines Haus auf einem Grundstück, wo seine nicht unvermögenden Eltern ebenfalls wohnen. Mit denen hat der Proband dauerhaft massive Auseinandersetzungen, die auch in gegenseitige zivilrechtliche Klagen münden. Der Proband besitzt ein Mietshaus, ist daher finanziell unabhängig. Mit den Mietern kommt es ebenfalls häufig zu Auseinandersetzungen. Zu Beginn seiner Bewährungszeit kommt es 2x zu Wechseln der Bewährungshelfer. Schon bald hält er vereinbarte Termine nicht mehr ein und fällt durch Alkoholkonsum auf. Er verstößt ständig gegen die richterlichen Weisungen oder versucht sie durch eigenwillige Interpretationen aufzuweichen. Tagesstrukturierenden Tätigkeiten entzieht er sich, betreutes Wohnen lehnt er ab. Der Bewährungshelfer berichtet, dass bei ihm der Eindruck entstanden sei, dass „Hr. A. dem Zeitpunkt des Endes der Führungsaufsicht entgegen sieht. Sein Verhalten ist darauf ausgerichtet, die Zeit zu verträdeln und sich nicht an entsprechende Führungsaufsicht-beschlüsse zu halten“. Offensichtlich versteht es der Klient, bei sich zuspitzenden Konflikten durch kurzfristiges Eingehen auf die Forderungen des Bewährungshelfers diesen zu beruhigen. So schreibt der Bewährungshelfer in einem Bericht: „Es ist heute festzustellen, dass Hr. A. gegen mehrere Punkte des Beschlusses des LG X vom ... verstößen hat und dass dies konsequentes Vorgehen nach sich ziehen müsste“. Im nächsten Absatz wird dann beschrieben, dass der Klient sich um Aufnahme in ein betreutes Wohnen bemüht hat und dass dieses Verhalten ausreichen sollte, „von konsequenten Maßnahmen abzusehen und ggfls. zu einem späteren Zeitpunkt Beschlussänderungen durchzuführen“.

Die Streitereien mit den Eltern und Mietern werden fortgesetzt. Nachdem er zunächst die verordneten Neuroleptika regelmäßig einnahm und auch die Arzttermine nicht versäumte, versuchte er nach einiger Zeit, sich der ärztlichen Betreuung und der neuroleptischen Medikation zu entziehen. Mit Arzt und Bewährungshelfer führt er ständig und ausdauernd Diskussionen über den Sinn der Medikamente. Versuche des behandelnden Arztes, durch Medikamentenwechsel oder -reduktion dem Probanden entgegenzukommen, werden von diesem regelmäßig mit neuen Forderungen beantwortet. Zitate aus den Berichten: „Zur Lebensführung des Hr. A. ist anzuführen, dass er nun schon seit einiger Zeit keine Haldolmedikamente einnimmt bzw. sich diese nicht mehr spritzen lässt“. „Die Medikation hat Hr. A. weiter ausgeschlagen und zeigte sich in den hier geführten Gesprächen im Juli und August krankheitsuneinsichtig“. Am Ende der 5-jährigen Führungsaufsicht gibt der Bewährungshelfer dann auch eine negative Prognose ab und empfiehlt eine mögliche Aufhebung der Bewährung. Acht Monate nach Beendigung der Führungsaufsicht begeht der Proband eine erneute Körperverletzung.

Ein schwieriger Bewährungsverlauf mit einem problematischen Klienten. Dieser hält Absprachen nur kurzfristig und aus taktischen Gründen ein, mittelfristig entzieht er sich allen therapeutischen Vereinbarungen.

Dies spiegelt sich auch in seiner Nicht-Compliance bei der ärztlichen Betreuung und der Medikamenteneinnahme wider. Auf Kompromissangebote reagiert er mit ständig neuen Forderungen. Er reizt das Helfersystem ständig über die Grenzen hinaus aus und beim Lesen der Berichte hat man den Eindruck, dass die Helfer die Fäden nicht mehr in der Hand haben. Die finanzielle Unabhängigkeit des Probanden erleichtert ihm diesen Lebensstil. Die

Kommunikation der Eltern mit dem Sohn und dem Helfersystem ist durch häufige double-bind Botschaften gekennzeichnet, wodurch Konflikte nicht gelöst, sondern ständig weiter inszeniert werden. Einen positiveren Verlauf beschreibt die folgende Kasuistik.

Kasuistik Nr. 2: Im Alter von 34 Jahren wurde der Proband wegen Totschlags, begangen im Zustand einer paranoid halluzinatorischen Psychose, in der Maßregel untergebracht. Nach einer Unterbringungsdauer von 50 Monaten wird er bedingt entlassen. Die Führungsaufsicht wird auf 48 Monate festgelegt. Der Proband ist geschieden. Besondere Probleme in seiner Herkunftsfamilie konnten nicht eruiert werden. Trotz gelegentlicher Probleme in der Schule erwarb er die Fachoberschulreife. Er arbeitete zunächst mit gutem Erfolg in seinem erlernten Beruf. Eine Partnerschaft scheiterte und der Proband lebte seitdem alleine. Probleme mit illegalen Drogen oder Alkohol hatte er nicht. Der Bewährungsverlauf ist durch die vergebliche Bemühung um Arbeit gekennzeichnet. Die Beziehung zum Bewährungshelfer ist gut. Nur einmal nimmt der Proband einen Termin nicht wahr, als er in eine psychotische Krise gerät. Der Proband bekommt eine dauerhafte orale neuroleptische Medikation. Ein Arztwechsel auf Wunsch des Probanden geschah in Absprache mit dem Behandler und dem Gericht. Diese Maßnahme war ohne negative Folgen und seine Beziehung zum nächsten behandelnden Psychiater ist gut und dadurch gekennzeichnet, dass letzterer Beschwerden über unerwünschte Nebenwirkungen der Neuroleptika ernst nimmt und versucht, die Medikation zu optimieren. Zitat: „Auch hier (niedergelassener Psychiater) wurden die Termine von ihm wahrgenommen. Die mittlerweile erfolgte Erhöhung der Medikamentendosierung konnte mittlerweile wieder auf den alten Stand zurückdosiert werden“. „Er war zeitweilig instabil, da alte Beziehungserlebnisse in Erinnerung kamen. Durch den behandelnden Arzt erfolgte entsprechend eine höhere Medikamentierung“. Zwei psychotische Krisen werden vom Helfersystem rechtzeitig erkannt. Der Proband „hat jedoch auf einen Hausbesuch des Arztes reagiert und sich nach Intervention bereiterklärt, zur weiteren Behandlung in die Klinik auf freiwilliger Basis zu gehen“.

So ist es möglich, dass der Proband sich zweimal freiwillig stationär in einer allgemein-psychiatrischen Klinik behandeln lässt, ohne dass mit juristischen Sanktionen gearbeitet werden muss. Zum Ende seiner Führungsaufsicht wird dann mit ihm eine Depotmedikation vereinbart.

4.7 Sonstige Nachsorge

Das folgende Kapitel gibt darüber Auskunft, welche anderen Instrumentarien der Nachsorge neben der Führungsaufsicht und der ärztlichen Behandlung zur Anwendung kommen, wie sie sich im Verlauf entwickeln und ob hier Unterschiede zwischen den Gruppen feststellbar sind. Zunächst ist festzuhalten, dass bei beiden Gruppen zu Beginn und am Ende der Führungsaufsicht die Anzahl derjenigen Probanden überwiegt, bei denen von keiner weiteren Nachsorgeform berichtet wird. Bei den rückfälligen Probanden bleibt dieser Anteil mit 68,0% stabil, während er bei den Nicht-Rückfälligen von 59,2% auf 71,0% ansteigt. Dies ist auch ein Zeichen dafür, dass die Betreuungsichte durchaus flexibel orientiert an den Entwicklungen

der Probanden gehandhabt wird und im Lauf der Führungsaufsicht eine größere Unabhängigkeit vom Helfersystem möglich ist. Die kurzfristige stationäre Krisenintervention, die in psychiatrischen Abteilungen oder Krankenhäusern der Allgemeinpsychiatrie durchgeführt wurde und die meist freiwillig und zur Vermeidung einer Rückführung in die geschlossene Forensik diente, bleibt bei beiden Gruppen mit 11% - 12% über den Verlauf stabil. Die Betreuung im Wohnheim, bzw. auf einer Langzeitstation einer allgemeinpsychiatrischen Klinik (stationäre Langzeitbehandlung), ist bei beiden Gruppen im Verlauf abnehmend. Wird sie zu Beginn bei 25,7% der Nicht-Rückfälligen und bei 20,0% der Rückfälligen durchgeführt, so sinkt sie gegen Ende der Führungsaufsicht bei den Rückfälligen auf 12,0% und bei den Nicht-Rückfälligen Rückfälligen auf 12,7%. Eine genauere Betrachtung bei der letzteren Gruppe zeigt, dass es sich bei diesen 12,7% um die gleichen Menschen handelt, die auch schon zu Beginn der Führungsaufsicht in stationärer Langzeitbehandlung waren. Eine Nachsorge in einem Wohnheim außerhalb einer Klinik fand am Ende der Führungsaufsicht bei der Gruppe der Rückfälligen nicht mehr statt. Auch hier spiegelt sich bei beiden Gruppen eine Tendenz zu nachlassender Betreuungsdichte wider, wenn auch nachgefragt werden müsste, ob bei den Rückfälligen eine längerfristige Wohnheimbetreuung nicht günstiger gewesen wäre.

Die Möglichkeiten einer ambulanten Psychotherapie oder einer Selbsthilfegruppe wurden von beiden Gruppen nicht in Anspruch genommen.

4.8 Gesetzliche Betreuung

Zum Instrument der gesetzlichen Betreuung gibt es in den Berichten der Bewährungshilfe wenig Informationen, da bei 84,3% der Probanden keine Informationen zu diesem Thema vorliegen. In der gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen ist es zunächst bei drei und gegen Ende der Führungsaufsicht bei 6 Probanden eingerichtet. Bei den Rückfälligen ist die Tendenz umgekehrt. Hier ist es zunächst bei zwei, gegen Ende der Führungsaufsicht bei einem Probanden eingesetzt.

χ^2 ist wegen zu geringer Erwartungswerte zu Beginn und zu Ende der Führungsaufsicht nicht zu berechnen, deshalb sind die Hypothesen 2.1 und 2.2 „Zu Beginn/zum Ende der Führungsaufsicht wird im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen das Instrument der gesetzlichen Betreuung bei rückfälligen Probanden weniger häufig angewandt“ nicht überprüfbar.

Auch beim Vergleich der Rückfälligen mit der Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen am Beginn und zum Ende der Führungsaufsicht ist χ^2 wegen zu kleiner Erwartungswerte nicht berechenbar. Deshalb sind die Hypothesen 2.3 und 2.4 „Zu Beginn/Zum Ende der Führungsaufsicht wird im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen das Instrument der

gesetzlichen Betreuung bei rückfälligen Probanden weniger häufig angewandt“ ebenfalls nicht überprüfbar. Hier zeigt aber die odds ratio eine gleiche Tendenz: am Beginn der Führungsaufsicht beträgt sie 2,5, zum Ende hin 6,0; d.h. dass die Verhältnisse bezüglich der gesetzlichen Betreuung bei rückfälligen und nicht-rückfälligen Probanden im Verlauf auseinanderdriften. Zur statistischen Absicherung müssten diese Hypothesen an einer größeren Stichprobe überprüft werden.

4.9 Wohnsituation

Zur konkreten Wohnsituation liegen in den Berichten der Bewährungshelfer für fast alle Probanden (92 von 96) aussagekräftige Informationen vor. Zu Beginn der Führungsaufsicht leben 13 Probanden alleine, 17 in partnerschaftlichen Beziehungen oder bei der Herkunftsfamilie. Die überwiegende Mehrzahl (N=62) befindet sich in einer enger betreuten Wohnform wie Heimen oder betreuten Wohngemeinschaften. Zum Ende der Führungsaufsicht verschiebt sich dieses Bild. Jetzt leben 22 Probanden alleine, 18 in partnerschaftlichen oder Familienverhältnissen und 47 in betreuten Wohnformen, wobei hier die Zahl derjenigen zunimmt, die in einer betreuten Wohngemeinschaft oder Pflegefamilie leben, anstatt in einem Heim.

Im Vergleich der Rückfälligen mit der Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen (N=71) ergibt sich folgendes Bild: Von den rückfälligen Probanden leben zu Beginn der Führungsaufsicht 28,0% (N=7) alleine, bei den Nicht-Rückfälligen 8,5% (N=6). In familiär-partnerschaftlichen Beziehungen leben bei den Rückfälligen 28,0% (N=7) während es bei den Nicht-Rückfälligen 14,1% (N=10) sind. Reziprok dazu leben 71,8% (N=51) der Nicht-Rückfälligen in enger betreuten Strukturen, wohingegen es bei den Rückfälligen 44,0% (N=11) sind.

Im Vergleich der gematchten Gruppe zeigt sich eine ähnliche Struktur. Die Rückfälligen leben zu Beginn der Führungsaufsicht mehr als ihre gematchte Vergleichsgruppe alleine (28,0% vs. 8,0%), mehr in familiär/partnerschaftlichen Verhältnissen (28,0% vs. 12,0%) und weniger in enger betreuten Verhältnissen (48,0% vs. 8,0%). Diese Verhältnisse bleiben bis zum Ende der Führungsaufsicht erhalten. Auch hier leben die Rückfälligen eher alleine (36,0% vs. 20,0%), die familiär-partnerschaftlichen Verhältnissen haben sich der Vergleichsgruppe angeglichen (20,0% vs. 20,0%) und die enger betreuten Wohnverhältnisse (36,0% vs. 56,0%) sind wie zu Beginn nicht gleich verteilt. Zu Beginn und im weiteren Verlauf leben die rückfälligen Probanden also durchgängig weniger in betreuten Wohnformen und mehr in den stressanfälligeren oder weniger kontrollierbaren Formen „alleine Wohnen“, „Herkunftsfamilie“ oder „Partnerschaft“. Innerhalb der Gruppe der Rückfälligen sind bei dieser Variablen diejenigen mit einem schweren Rückfall überrepräsentiert, wie eine odds ratio von 1,69 nachweist.

Überprüfung der Hypothesen 3.1 und 3.2

3.1 „Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen werden zu Beginn der Führungsaufsicht bei den rückfälligen Probanden häufiger stressanfällige Wohnsituationen beschrieben“:

chi²: 6,867 df 1 0,009 hoch signifikant

3.2 „Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen werden zu Beginn der Führungsaufsicht bei den rückfälligen Probanden häufiger stressanfällige Wohnsituationen beschrieben“:

chi²: 5,054 df 1 0,024 signifikant

Der Unterschied in den als riskant eingeschätzten Wohnformen ist zu Beginn der Führungsaufsicht im Vergleich mit der gematchten hoch und mit der Gesamtgruppe signifikant. Die Hypothese 3.1 und 3.2 werden angenommen.

Überprüfung der Hypothesen 3.3 und 3.4

3.3 „Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen werden gegen Ende der Führungsaufsicht bei den rückfälligen Probanden häufiger stressanfällige Wohnsituationen beschrieben“:

chi²: 1,733 nicht signifikant

3.4 „Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen werden gegen Ende der Führungsaufsicht bei den rückfälligen Probanden häufiger stressanfällige Wohnsituationen beschrieben“:

chi²: 2,792 nicht signifikant

Die Hypothesen 3.3 und 3.4 werden verworfen

Ergebnis: Im Verlauf gleichen sich die Unterschiede in den Wohnformen zwischen rückfälligen und nicht-rückfälligen Probanden an, weil letztere im Verlauf ihres Rehabilitationsprozesses langsamer und ihren Belastungsmöglichkeiten gemäßer in autonomere Wohnformen übergehen, während bei den rückfälligen Klienten über den gesamten Verlauf die weniger betreuten Wohnformen (allein oder familiär/ partnerschaftlich) überwiegen.

Wie im Verlauf der Bewährungshilfe eine angemessene Wohnform gefunden werden kann, zeigt die folgende Kasuistik.

Kasuistik Nr. 3: Der Proband ist 42 Jahre alt, als er wegen Körperverletzung und Sachbeschädigung vor Gericht kommt. Da er zum Tatzeitpunkt wegen einer schizophrenen Psychose in Verbindung mit Alkoholmissbrauch schuldunfähig ist, wird der Maßregelvollzug angeordnet. Er wächst in einer Familie auf, in der Alkoholprobleme bekannt waren. Das Familienmilieu ist aber nicht gewalttätig oder dissozial geprägt. Der Proband macht seinen Hauptschulabschluss, eine Lehre und arbeitet zunächst

in seinem erlernten Beruf. Eine beginnende schizophrene Erkrankung und zunehmender Alkoholmissbrauch bringen ihn im Alter von 17 Jahren mit dem Gesetz in Konflikt. Wegen Körperverletzung und Diebstahl muss er eine 5-monatige Freiheitsstrafe verbüßen. Vor Anordnung der Maßregel wird er 14x stationär in einer allgemeinpsychiatrischen Klinik behandelt. Die Behandlung im Maßregelvollzug dauert 35 Monate. Die Dauer der Führungsaufsicht wird auf 48 Monate festgelegt. Der Proband hält guten Kontakt zu seinem Bewährungshelfer. Der Bewährungsverlauf selbst gestaltet sich nicht ganz einfach, da der Proband zu Beginn der Führungsaufsicht 2x wegen eines Alkoholrückfalls stationär behandelt werden muss. Diese Krisen werden mit dem Probanden bearbeitet. Da der Proband sich auf diese Bearbeitung einlässt, wird von einer Aufhebung der Bewährung abgesehen. Bei der Gestaltung der Wohnmöglichkeiten sind die Helfer sehr flexibel und probieren verschiedene Möglichkeiten aus. So lebt er z.B. nach der letzten Entzugsbehandlung in einer offenen Wohngruppe, muss allerdings die Nächte in der Entzugsklinik verbringen. Nach einer Übergangszeit versuchen Bewährungshelfer und sozialpsychiatrischer Dienst, mit dem Probanden eine angemessene Wohnformen zu finden. Er versucht es in einer betreuten Wohngemeinschaft, auch ein Einzelwohnen wird getestet, aber alle diese Wohnformen scheitern, da der Proband von ihnen zu sehr gestresst wird oder sie seinen Bedürfnissen nicht entgegenkommen. Erst in einer Pflegefamilie findet er für sich das richtige Verhältnis von Distanz und Geborgenheit. Eine ihm angemessene Arbeit in einer WfB sorgt für eine gute Tagesstrukturierung und ein zusätzliches Taschengeld.

Die Berichte des Bewährungshelfers spiegeln diese hier erfolgreiche Suche nach einer den Bedürfnissen des Probanden angepassten Wohn- und Arbeitsform wider und belegen, dass Familienpflege auch in der forensischen Rehabilitation sinnvoll eingesetzt werden kann.

Einen ganz anderen Verlauf beschreibt die nächste Kasuistik:

Kasuistik Nr. 4: Im Alter von 43 Jahren kommt der Proband wegen schwerer Brandstiftung vor Gericht. Da er zum Tatzeitpunkt an einer schizophrenen Erkrankung und Alkoholmissbrauch leidet, wird die Maßregel angeordnet. Nach einer Unterbringungsdauer von 37 Monaten wird er bedingt entlassen, die Führungsaufsicht wird auf 36 Monate festgelegt. Der Proband stammt aus einer Familie, in der keine dissozialen Verhaltensweisen oder Drogenmissbräuche bekannt sind. Seine frühkindliche und schulische Entwicklung verläuft normal. Er beendet die Hauptschule mit Abschluss, macht eine Lehre und arbeitet zunächst in seinem erlernten Beruf. Vor seiner Unterbringung fällt er einmal wegen Trunkenheit im Verkehr auf. Es gibt eine zunehmende Hinwendung zum Alkohol, ob als Selbstmedikation gegen erste psychotische Symptome oder als eigenständige Erkrankung, bleibt unklar. Parallel zu dieser Entwicklung erlebt er einen sozialen Abstieg, der schließlich in der Arbeitslosigkeit endet. Fünf Jahre vor dem Unterbringungsdelikt wird er erstmals und einmalig für 2 Monate stationär psychiatrisch behandelt. Nach der unproblematischen Behandlung im Maßregelvollzug wird der Proband in ein Altersheim verlegt, obwohl er zu diesem Zeitpunkt erst 46 Jahre alt ist. Hier fügt er sich gut ein, nimmt an Freizeitaktivitäten und der Beschäftigungstherapie teil. Er wendet sich an seinen Arzt, wenn seine psychotischen Zeichen stärker werden, er ist compliant bei der Medikation und muss nie stationär behandelt werden. Aus den Berichten der Bewährungshilfe, die im Schnitt 5 Zeilen lang und stereotyp sind „macht keine Probleme, lebt vor sich hin, hat Kontakt zum Psychiater“, geht nicht hervor,

ob der Bewährungshelfer seinen Klienten gesehen hat oder ob er seine Informationen aus Telefonaten mit Mitarbeitern des Heimes bezog.

Der Klient ist offensichtlich so problemlos, dass niemand auf die Idee kommt, warum er dann am Ende der Führungsaufsicht im Alter von 49 Jahren immer noch in einem Altersheim statt in offeneren Wohnformen leben muss.

4.10 Psychisches Befinden und Alltagsbewältigung

Diese Variable beschreibt, wie die Probanden im Verlauf der Führungsaufsicht mit den Anforderungen des alltäglichen Lebens zurechtkommen. Nehmen sie ihre Termine bei Ämtern und Behörden wahr, sind sie in der Lage sich bei Bedarf rechtzeitig Hilfe zu holen, kommen sie ihren Haushaltspflichten nach, sind sie in ihren Beschäftigungsfeldern zuverlässig und kommen sie mit ihren Kollegen und Vorgesetzten klar.

Tab. 10 Psychisches Befinden und Alltagsbewältigung: Vergleich rückfällige mit der Gesamtgruppe nicht-rückfälliger Probanden

Psychisches Befinden und Alltagsbewältigung	Nicht-Rückfällig		Rückfällig	
	N	%	N	%
a. Keine Information	10	14,1	4	16,0
b. sozialen Stress und Krisen produzierend	1	1,4	2	8,0
c. häufig krisenanfällig und eher unselbstständig	6	8,5	5	20,0
d. gelegentlich krisenanfällig, eher selbstständig	29	40,8	10	40,0
e. überwiegend stabil und selbstständig	25	35,2	4	16,0
Summe	71	100,0	25	100,0

Im Vergleich der Rückfälligen mit der Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen zeigen sich hier Unterschiede. Fasst man die Kategorien b. und c. unter dem Begriff „erhöhte Krisenanfälligkeit“ zusammen, so sieht man, dass die Rückfälligen mit 28,0% (N=7) in dieser Kategorie wesentlich häufiger vertreten sind als die Nicht-Rückfälligen, die hier mit 9,9% (N=7) vertreten sind. Komplementär dazu ist die Gruppe der Probanden, die überwiegend stabil und selbstständig sind, bei den Nicht-Rückfälligen mit 35,2% mehr als doppelt so groß wie bei den Rückfälligen, die nur 16,0% erreichen.

Überprüfung der Hypothese 4.2

4.2 „Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen treten bei den rückfälligen Probanden im Verlauf mehr Probleme auf“:

χ^2 nicht berechenbar wegen zu geringer Erwartungswerte. Die Hypothese kann zunächst nicht angenommen werden.

Eine odds ratio von 4,1 zugunsten der Rückfälligen zeigt aber an, dass bei ihnen die Tendenz zu problematischen Verhaltensweisen stärker ausgeprägt ist als bei den Nicht-Rückfälligen.

Tab. 11 Psychisches Befinden und Alltagsbewältigung: Vergleich rückfälliger mit der gematchten Gruppe nicht-rückfälliger Probanden

Psychisches Befinden und Alltagsbewältigung	Nicht-Rückfällig gematcht		Rückfällig	
	N	%	N	%
a. Keine Information	6	24,0	4	16,0
b. Sozialen Stress und Krisen produzierend	0	0,0	2	8,0
c. häufig krisenanfällig und eher unselbständig	1	4,0	5	20,0
d. gelegentlich krisenanfällig, eher selbstständig	13	52,0	10	40,0
e. überwiegend stabil und selbstständig	5	20,0	4	16,0
Summe	25	100,0	25	100,0

Ergebnis: Im Vergleich der gematchten Gruppe zeigt sich, dass der Anteil der Nicht-Information bei den Nicht-Rückfälligen mit 24% recht hoch ist. Bezogen auf die Kategorie „erhöhte Krisenanfälligkeit“ (b. und c.) sind die Nicht-Rückfälligen mit 4,0% (N=1) wesentlich seltener vertreten sind als die rückfälligen Probanden mit 28,0% (N=7).

Überprüfung der Hypothese 4.1

4.1 „Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen treten bei den rückfälligen Probanden im Verlauf mehr Probleme auf“:

χ^2 wegen zu geringer Erwartungswerte nicht berechenbar. Die odds ratio beträgt hier zugunsten der Rückfälligen 9,0, ist also noch stärker ausgeprägt als im Vergleich mit der Gesamtgruppe.

Ergebnis: Die Gruppe der rückfälligen Probanden scheint insgesamt krisenanfälliger zu sein, wobei eine statistische Absicherung dieser Aussage an einer größeren Stichprobe überprüft werden müsste.

Die Kasuistik beschreibt einen Verlauf, der trotz vielfältiger Problematiken einen positiven Ausgang nimmt.

Kasuistik Nr. 5: Hr. B. ist 31 Jahre alt, als bei ihm die Maßregel angeordnet, aber zur Bewährung ausgesetzt wird. Anlass ist ein Vergehen gegen das Straßenverkehrsgesetz. Ein Jahr später wird die Bewährung widerrufen wegen eines gefährlichen Eingriffs in den Straßenverkehr und Widerstand gegen Vollstreckungsbeamte. Als er die Delikte begeht, leidet er an einer Psychose aus dem schizo-

phrenen Formenkreis. Familiär sind bei ihm keine besonderen Problematiken bekannt. Er macht nach normalem Kindergarten- und Schulbesuch seine mittlere Reife. Erste psychiatrische und damit in Zusammenhang stehende leichtere dissoziale Auffälligkeiten entwickelt er im Alter von 28 Jahren. Vor der Maßregel wird er 4x für insgesamt 7 Monate stationär in einer Alltagspsychiatrie behandelt. Nach 34-monatiger Behandlung in der Maßregel wird er bedingt entlassen. Die Führungsaufsicht wird auf 60 Monate festgelegt. Hr. B. arbeitet gut mit dem Bewährungshelfer und dem behandelnden Arzt zusammen. Es stellt sich im Verlauf heraus, dass er bei der Bewältigung seines Alltagslebens schnell unter Stress gerät und wenig belastbar ist. Vor allem überfordert ihn das Zusammenleben mit seiner Herkunftsfamilie, wobei die Rückkehr in dieses Milieu durch eine richterliche Weisung angeordnet war. Auch eine Halbtagsstelle in einer Werkstatt für Behinderte überfordert Hr. B. In enger Zusammenarbeit zwischen dem Bewährungshelfer, dem behandelnden Arzt und Mitarbeitern der WfB werden stressreduzierende Maßnahmen eingeleitet. Die strafvollstreckende Richterin wird in die Erarbeitung dieser Veränderungen mit einbezogen. Sie ändert die Weisung „Rückkehr in die Herkunftsfamilie“ in „betreutes Wohnen“ um. Hr. A. zieht in eine eigene Wohnung und die Arbeit in der WfB wird durch tagesstrukturierende Aktivitäten ohne Arbeitsdruck ersetzt. Diese Entlastungen führen dazu, dass er insgesamt ruhiger und entspannter wird und stressbedingte Krisen vermieden werden können. Der Proband selbst gibt in einem Brief an die Richterin der Strafvollstreckungskammer eine positive Rückmeldung über die eingeleiteten Maßnahmen. Er beschreibt darin detailliert seinen ausgefüllten Tagesablauf und merkt an: „Ich habe Ihnen versucht, mit der Tagesstruktur, die ich über eine Woche festgehalten habe, zu vermitteln, wie ausgefüllt mein Leben verläuft. ... Sie sehen, dass sie richtig entschieden haben, mir die Arbeit auszusetzen. ... Ich fühle mich ausgelastet und bin sehr zufrieden mit meinem Dasein. Ich hoffe weiterhin auf eine angebrachte und durchdachte Zusammenarbeit, die mein Leben und meine Krankheit sinnvoll gestalten lässt.

Hochachtungsvoll

..... „.

Diese Entwicklung wird in den Berichten der Bewährungshelferin, die im Übrigen eng an die Weisungen angelehnt sind, gut und nachvollziehbar dokumentiert, so dass auch die Richterin Weisungen ändert, da sie therapeutisch begründet und nachvollziehbar sind.

4.11 Arbeits- und Beschäftigungssituation

In diesem Kapitel wird die Arbeits- und Beschäftigungssituation unter dem Gesichtspunkt betrachtet, inwiefern sie zu einem selbstständigen Lebensunterhalt beiträgt und ob sie als tagesstrukturierende und sinnstiftende Tätigkeit eine Rolle im Alltagsleben der Probanden spielt. Zunächst wird für die Gesamtgruppe beschrieben, wie sich dieser Lebensbereich im Laufe der Führungsaufsicht entwickelt. Danach werden unter der Leitfrage „Beschäftigt oder nicht?“ die Gesamtgruppe und die gematchte Gruppe der Nichtrückfälligen mit der Gruppe der rückfälligen Probanden verglichen.

Es fällt auf, dass zu Beginn der Führungsaufsicht die Arbeitslosigkeit in der Gesamtgruppe mit 19,8% etwa doppelt so hoch ist wie die allgemeine Arbeitslosenquote in Deutschland. Sehr gering ist der Anteil derjenigen, die mit ihrer Arbeit ihren Lebensunterhalt bestreiten können (Ganz-/Halbtagsbeschäftigung, wechselnde Festanstellung: 8,5%) Das Instrument der stationären oder ambulanten Arbeitstherapie nimmt mit 36,5% einen hohen Stellenwert ein, gefolgt von der WfB mit 6,3%. Abzüglich der Rentner gehen aber dann 70,8% der Probanden zu Beginn der Führungsaufsicht einer tagesstrukturierenden Tätigkeit nach.

Gegen Ende der Führungsaufsicht ist die Beschäftigungsquote auf 65,6% gesunken. Der Anteil der Rentner ist stabil geblieben. Der Anteil der Ganz- oder Halbtagsbeschäftigten ist auf geringem Niveau gleichgeblieben.

Relativ stabil geblieben ist mit 39,8% der Anteil derjenigen, die in einer betreuten Beschäftigung wie Arbeitstherapie oder Werkstatt für Behinderte (WfB) tätig sind, wobei sich innerhalb dieser Gruppe der Anteil der Menschen, die in eine WfB gehen von 6 auf 18 erhöht hat. Es hat also zum Ende der Führungsaufsicht hin eine Verschiebung von der Arbeitstherapie zur WfB gegeben. Bei den Auskünften zum Verlauf der Beschäftigungssituation der Gesamtstichprobe ist die Informationsbasis schwächer, da zu einem Drittel der Probanden keine Informationen vorliegen. Bei 30,2% der Probanden wird berichtet, dass im Verlauf von den Betreuern flexibel versucht wurde, eine Tätigkeit zu finden, die der Belastungsfähigkeit ihrer Probanden angepasst ist, bei 19,8% bleibt die Tätigkeitssituation stabil. Unregelmäßigkeiten kamen eher selten vor (4,2%), unverschuldete Abstiege (Firmeninsolvenzen, Filialschließungen u.a.) waren mit 8,3% nicht ganz selten.

Unter der Leitfrage „Beschäftigt oder nicht?“ wird überprüft, ob sich die Entwicklung der nicht-rückfälligen und rückfälligen Probanden unter diesem Aspekt unterscheidet. Zur Gruppe der „Nicht-Beschäftigten“ werden in dieser Untersuchung die Arbeitslosen, die Arbeitslosen mit kurzen Unterbrechungen und die Rentner gezählt. Zu Beginn der Führungsaufsicht sieht dieser Vergleich Gesamtgruppe der Nichtrückfälligen zu Rückfälligen so aus:

Tab. 12 Beschäftigungsquote: Vergleich rückfällige - Gesamtgruppe nicht-rückfällige Probanden zu Beginn der Führungsaufsicht

Beschäftigungsquote Beginn Führungsaufsicht		N	%
Nicht-Rückfällig	Beschäftigt	52	75,4
Nicht-Rückfällig	Nicht-Beschäftigt	17	24,6
Rückfällig	Beschäftigt	16	64,0
Rückfällig	Nicht-Beschäftigt	9	36,0

In beiden Gruppen liegt die Zahl der Beschäftigten erheblich höher als die der Nicht-Beschäftigten, wobei der Beschäftigtenanteil bei den Nichtrückfälligen etwas höher liegt als bei den Rückfälligen.

Überprüfung der Hypothese 5.2

5.2 „Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen sind zu Beginn der Führungsaufsicht rückfällige Probanden häufiger ohne tagesstrukturierende Beschäftigung“:

χ^2 : 1,587 nicht signifikant die Hypothese wird verworfen.

Zu Beginn der Führungsaufsicht gibt es keine signifikante Differenz in der Beschäftigungsquote der rückfälligen und der Gesamtgruppe der nicht-rückfälligen Probanden. Am Ende der Führungsaufsicht haben sich diese Zahlen verändert.

Tab. 13 Beschäftigungsquote: Vergleich rückfällige - Gesamtgruppe der nicht- rückfälligen Probanden zu Ende der Führungsaufsicht

Beschäftigungsgrad am Ende der Führungsaufsicht		N	%
Nicht-Rückfällig	Beschäftigt	51	71,4
Nicht-Rückfällig	Nicht-Beschäftigt	12	23,8
Rückfällig	Beschäftigt	12	48,0
Rückfällig	Nicht-Beschäftigt	11	44,0

Die Verhältnisse sind bei den Nicht-Rückfälligen in etwa gleichgeblieben. Bei den Rückfälligen hat die Nicht-Beschäftigung erheblich zugenommen. Lag das Verhältnis zu Beginn der Führungsaufsicht bei den Rückfälligen in etwa bei 2:1 zugunsten der Beschäftigung, so liegt es zu Ende nur noch bei 1:1.

Überprüfung der Hypothese 5.4.

5.4 „Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen sind am Ende der Führungsaufsicht rückfällige Probanden häufiger ohne tagesstrukturierende Beschäftigung“:

χ^2 : 7,123 df 1 0,01 hoch signifikant Die Hypothese wird angenommen

Eine ähnliche, wenn auch statistisch nicht signifikante Tendenz zeigt der Vergleich mit der gematchten Gruppe.

Tab. 14 Beschäftigungsquote am Beginn der Führungsaufsicht. Vergleich der rückfälligen mit der gematchten Gruppe der nicht-rückfälligen Probanden

Beschäftigungsquote am Beginn der Führungsaufsicht		N	%
Nicht-Rückfällig	Beschäftigt	20	80,0%
Nicht-Rückfällig	Nicht-Beschäftigt	5	20,0%
Rückfällig	Beschäftigt	16	64,0%
Rückfällig	Nicht-Beschäftigt	9	36,0%

Zu Beginn der Führungsaufsicht haben die Nicht-Rückfälligen im gematchten Vergleich eine etwas bessere Beschäftigungsquote als die Rückfälligen, die aber statistisch nicht signifikant ist, wie die Überprüfung der Hypothese 5.1 zeigt.

5.1 „Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen sind zu Beginn der Führungsaufsicht rückfällige Probanden häufiger ohne tagesstrukturierende Beschäftigung“:
 χ^2 : 1,184 nicht signifikant

Gegen Ende der Führungsaufsicht verändern sich die Verhältnisse auch im Vergleich der gematchten Gruppen.

Tab. 15 Beschäftigungsquote zu Ende der Führungsaufsicht. Vergleich der rückfälligen mit der gematchten Gruppe der nicht-rückfälligen Probanden

Beschäftigungsquote zu Ende der Führungsaufsicht		N	%
Nicht-Rückfällig gematcht	Beschäftigt	18	72,0
Nicht-Rückfällig gematcht	Nicht-Beschäftigt	4	16,0
Rückfällig	Beschäftigt	12	48,0
Rückfällig	Nicht-Beschäftigt	11	44,0

Während die Relation Beschäftigt/Nicht-Beschäftigt bei den Nicht-Rückfälligen stabil bleibt, steigt bei den Rückfälligen die Quote der Nicht-Beschäftigten.

Überprüfung der Hypothese 5.3

5.3 „Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen sind zu Ende der Führungsaufsicht rückfällige Probanden häufiger ohne tagesstrukturierende Beschäftigung“:
 χ^2 : 4,47 df 1 0,036 signifikant Die Hypothese wird angenommen

Ergebnis: Bei zunächst ähnlicher Ausgangslage verschlechtert sich statistisch signifikant die Beschäftigungssituation im Verlauf bei den rückfälligen Probanden. In diesem Fall geht aber der Rückgang auf das Konto der Probanden mit leichteren Rückfällen, wie die OR von 1,78 im Verhältnis leichter zu schwerer Rückfälligkeit zeigt. Insgesamt fällt aber auch auf, dass nur

7,3% der Klienten nach einer längeren Rehabilitationszeitzeit in der Lage sind, von ihrer Arbeit selbstständig und unabhängig von Sozialhilfeleistungen zu leben. Man muss sicher konzедieren, dass nach einer schizophrenen Erkrankung ein Drittel der Betroffenen mit größeren und ein Drittel mit leichteren Einschränkungen dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Es drängt sich hier aber die Vermutung auf, dass die schlechtere Teilhabe am Arbeitsmarkt nicht nur der Erkrankung geschuldet ist. Die folgende Kasuistik beschreibt einen schwierigen, aber letztendlich gelungenen Anpassungsprozess:

Kasuistik Nr. 6: Hr. C. ist 43 Jahre alt, als er sein Unterbringungsdelikt begeht. Wegen einer Brandstiftung, begangen im schuldunfähigen Zustand aufgrund einer paranoiden Schizophrenie und wegen Alkoholmissbrauch, wird die Maßregel angeordnet. Nach 28-monatiger stationärer Behandlung wird Hr. C. bedingt entlassen, die Führungsaufsicht wird auf 36 Monate festgelegt. Seine Behandler gehen in ihren Prognosen davon aus, dass die Gefahr eines Deliktrückfalles gering ist. Hr. C. stammt aus einer eher gut situierten Familie. Drogenprobleme oder dissoziale Auffälligkeiten sind dort nicht bekannt. Er selbst zeigt zunächst keine Auffälligkeiten, Kindergarten und Grundschule werden glatt durchlaufen. Er macht sein Abitur. Zu Ende der Schulzeit gibt es eine erste dissoziale Auffälligkeit, die aber nicht zu juristischen Sanktionen führt. Das anschließende Studium absolviert er mit Erfolg. Er arbeitet anschließend in der Informatikbranche. Während dieser Zeit entwickeln sich ein kritischer Alkoholgebrauch und erste psychiatrische Auffälligkeiten. 1988 wird er erstmals stationär psychiatrisch behandelt. Bis zu seinem Delikt folgen noch 3 Behandlungen von insgesamt 3-monatiger Dauer. In der Führungsaufsicht hält der Proband guten Kontakt zu seinem Bewährungshelfer. Er ist in der Lage, seine Alltagsdinge selbstständig zu erledigen. Ein gelegentlicher Alkoholgebrauch wird vom Bewährungshelfer registriert, aber nicht sanktioniert. Die gesamte Bewährungszeit ist von einem zunächst fast verzweifelten Bemühen gekennzeichnet, seiner Qualifikation gemäß wieder auf dem ersten Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Der Proband macht Qualifizierungsmaßnahmen und Praktika, die das Arbeitsamt vermittelt. Nach einiger Zeit konstatiert der Bewährungshelfer: „Inzwischen ist jedoch die anfängliche Euphorie, eine geeignete und hochwertige Arbeitsstelle zu finden, geschwunden. Herr C. ist hier sehr hart mit der Realität konfrontiert worden, inzwischen sieht er sehr realistisch, dass er insbesondere aufgrund seines Alters nur noch schwer in den ersten Arbeitsmarkt zu integrieren ist“. Parallel zu seinem beruflichen Abstieg gestalten sich seine Einkommensarten. Zunächst bezieht er eine EU-Rente, dann lebt er von seinen Ersparnissen, später bezieht er Leistungen der Sozialhilfe. Im Verlauf seiner Bemühungen erkennt Hr. C., dass er den Belastungen des ersten Arbeitsmarktes nicht mehr gewachsen ist, weil die Folgewirkungen seiner psychischen Erkrankung ihn in seiner Leistungsfähigkeit stark beeinträchtigt haben. Nach dieser Erkenntnis ändert er seine Strategie. „Diesbezüglich könnte Hr. C. sich vorstellen, seine Tatkraft in den Dienst einer gemeinnützigen caritativen Organisation zu stellen“, bemerkt der Bewährungshelfer und unterstützt den Probanden bei der Kontaktaufnahme. Dieser schreibt kleine Programme für einen Hilfsverein, unterstützt ihn bei logistischen Aufgaben und findet durch dieses ehrenamtliche Engagement im sozialen Bereich eine Aufgabe, die an vorhandene Qualifikationen anknüpft, ihn erfüllt und seiner Stressbelastbarkeit gemäß ist. Der letzte Bericht des

Bewährungshelfers zeugt davon, dass Hr. C. am Ende der Führungsaufsicht diesen schwierigen Anpassungsprozess erfolgreich für sich gestaltet hat.

4.12 Finanzielle Situation

Die nächsten zwei Tabellen zeigen, aus welchen Quellen die Gesamtgruppe der Probanden ihren Lebensunterhalt überwiegend bestreitet. Die Kategorie „Arbeitseinkommen und Schulden“ bedeutet, dass diese Menschen aus ihrem Arbeitseinkommen mit den Gläubigern vereinbarte Schulden tilgen. Bei Sozialhilfeempfängern mit Verschuldung liegt das Einkommen meist unterhalb der gesetzlich festgelegten Pfändungsgrenze. Insgesamt ist bemerkenswert, dass bei 19,8% der Probanden keine Informationen zu diesem nicht unwichtigen Thema vorliegen. Der Anteil derjenigen Probanden, die ihren Unterhalt mit einem Einkommen aus Arbeit oder eigenem Vermögen bestreiten, liegt bei 25,0%. Er bleibt im Verlauf der Führungsaufsicht stabil. Einkommen aus Sozialhilfeleistungen erhalten 57,3% der Probanden. Auch dieser Anteil verändert sich im Lauf der Zeit nicht. Die Einkommensquellen der Gesamtgruppe bleiben im Verlauf der Führungsaufsicht auf hohem Sozialhilfeniveau gleich. Der Vergleich der Einkommenssituation der Gesamtgruppe der Nicht- Rückfälligen (NR) mit den Rückfälligen (R) anhand der Kategorie „Einkommen aus Sozialhilfe vs. Einkommen aus Arbeit oder eigenem Vermögen“ zeigt folgendes Bild:

Tab. 16 Einkommensarten der rückfälligen im Vergleich zur Gesamtgruppe der nicht rückfälligen Probanden zu Beginn und zu Ende der Führungsaufsicht

Einkommen		Beginn Führungsaufsicht	Ende Führungsaufsicht
		N	N
Nicht-Rückfällige	Sozialhilfe	42	42
	Arbeit/Vermögen	18	17
Rückfällige	Sozialhilfe	13	12
	Arbeit/Vermögen	6	6

Überprüfung der Hypothese 6.2

6.2 „Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen beziehen rückfällige Probanden zu Beginn der Führungsaufsicht häufiger ein Einkommen aus der Sozialhilfe“:

chi²: 0,017 nicht signifikant Die Hypothese wird verworfen

Überprüfung der Hypothese 6.4

6.4 „Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen beziehen rückfällige Probanden am Ende der Führungsaufsicht häufiger ein Einkommen aus der Sozialhilfe“:

chi²: 0,135 nicht signifikant Die Hypothese wird verworfen

Der Vergleich rückfälliger mit der Gesamtgruppe der nicht-rückfälligen Probanden spiegelt das Bild der gesamten Gruppe der Probanden mit einer schizophrenen Erkrankung wider. Auf hohem Niveau überwiegen die Sozialhilfeempfänger bei beiden Gruppen im ähnlichen Verhältnis. Kleinere Unterschiede sind statistisch nicht signifikant. Der Vergleich mit der gematchten Gruppe zeigt ein ähnliches Bild.

Tab. 17 Vergleich der Einkommensarten rückfälliger mit der gematchten Gruppe nicht-rückfälliger Probanden zu Beginn und zu Ende der Führungsaufsicht

		Einkommen	Beginn Führungsaufsicht	Ende Führungsaufsicht
			N	N
Nicht-Rückfällige	Sozialhilfe		12	11
	Arbeit/Vermögen		7	8
Rückfällige	Sozialhilfe		13	12
	Arbeit/Vermögen		6	6

Überprüfung der Hypothese 6.1

6.1 „Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen beziehen rückfällige Probanden zu Beginn der Führungsaufsicht häufiger ein Einkommen aus der Sozialhilfe“:

chi²: 0,017 nicht signifikant Die Hypothese wird verworfen

Überprüfung der Hypothese 6.2

6.2 „Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen beziehen rückfällige Probanden am Ende der Führungsaufsicht häufiger ein Einkommen aus der Sozialhilfe“:

chi²: 0,302 nicht signifikant Die Hypothese wird verworfen

Auch hier überwiegen in beiden Gruppen stabil über die Zeit auf hohem Niveau die Sozialhilfeempfänger. Kleinere Unterschiede sind statistisch nicht relevant.

Ergebnis: Insgesamt bleibt in beiden Gruppen das Verhältnis der Einkommensarten im Verlauf konstant. Es überwiegen mit 70% die Menschen, die ihren Lebensunterhalt überwiegend aus staatlichen Transferleistungen bestreiten müssen.

4.13 Doppeldiagnosen und Suchtverhalten

Bei 37 der 96 Probanden ist zu Beginn der Maßregel eine psychiatrische Zweitdiagnose gestellt worden.

Tab. 18 Verteilung der Zweitdiagnosen im Vergleich rückfällige zur Gesamtgruppe der nicht – rückfälligen Probanden

	Zweit-Diagnosen	N	%
Nicht Rückfällig	Persönlichkeitsstörung	1	1,4
	Intellektuelle Behinderung	6	8,5
	Suchterkrankung	24	33,8
	Gesamt	31	43,7
	liegt nicht vor	40	56,3
	Gesamt	71	100,0
Rückfällig	Persönlichkeitsstörung	1	4,0
	Intellektuelle Behinderung	0	0,0
	Suchterkrankung	5	20,0
	Gesamt	6	24,0
	liegt nicht vor	19	76,0
	Gesamt	25	100,0

Mit 29 Nennungen stellt die Zusatzdiagnose Sucht eindeutig die größte Gruppe unter den Zweitdiagnosen

Überprüfung der Hypothese 10.1

10.1 „Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen liegen bei rückfälligen Probanden häufiger psychiatrische Doppeldiagnosen vor“:

chi²: 0,087 nicht signifikant Die Hypothese wird zurückgewiesen

Überprüfung der Hypothese 10.2:

10.2 „Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen liegen bei rückfälligen Probanden häufiger psychiatrische Doppeldiagnosen vor“:

chi²: 3,081 nicht signifikant Die Hypothese wird verworfen

Bei der Auswertung der Bewährungshelferberichte zum Thema Sucht fällt auf, dass bei 75% der Probanden keine Informationen zu diesem Thema vorliegen. Dabei ist in Bewährungshelferkreisen bekannt, dass eine Sucht ein deliktförderndes Merkmal darstellt. Deshalb kann man eher davon ausgehen, dass eine Nicht-Nennung im Kontext der Bewährungshelferberichte bedeutet, dass keine Probleme auf diesem Gebiet auftraten. Für die Gesamtgruppe

wird im poststationären Verlauf bei 24% der Probanden von Suchtproblemen berichtet, wobei der Alkohol mit 16,7% die größte Rolle spielt. Durchgängig problematisch sind Suchtprobleme bei N=3 Klienten, bei den anderen spielen sie eher eine gelegentliche Rolle. Im Vergleich rückfälliger Probanden mit der Gesamtgruppe der nicht-rückfälligen zeigt sich eine ähnliche Struktur wie in der Gesamtstichprobe. Es überwiegen die Alkoholprobleme, wobei illegale Drogen bei den Rückfälligen eine etwas größere Rolle spielen, die aber statistisch nicht signifikant ist. Im Vergleich mit der gematchten Gruppe überwiegen in beiden Gruppen die Alkoholprobleme, wobei es keine bedeutsamen Unterschiede bezüglich der Suchtarten zwischen rückfälligen und nicht-rückfälligen Probanden gibt. Über das Auftreten von Suchtproblemen im Verlauf der Bewährungshilfe geben die Tabellen 18 und 19 Auskunft.

Tab. 19 Probleme mit Suchterkrankungen im Vergleich rückfälliger mit der Gesamtgruppe nicht-rückfälliger Probanden

Suchtprobleme im Verlauf		N	%
Nicht – Rückfällig	keine Info	53	74,6
	keine Probleme	3	4,2
	gelegentliche Probleme	13	18,3
	durchgängig problematisch	2	2,8
	Gesamt	71	100,0
Rückfällig	keine Info	20	80,0
	gelegentliche Probleme	4	16,0
	durchgängig problematisch	1	4,0
	Gesamt	25	100,0

Überprüfung der Hypothese 7.2

7.2 „Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen haben die rückfälligen Probanden im Verlauf mehr Suchtprobleme“:

chi²: 0,022 nicht signifikant Die Hypothese wird zurückgewiesen

Den Verlauf der Sucht im Vergleich der gematchten nicht-rückfälligen zu den rückfälligen Probanden zeigt die nächste Tabelle:

Tab. 20 Verlauf Sucht im Vergleich der gematchten Gruppe nicht-rückfälliger mit den rückfälligen Probanden

Verlauf Sucht		N	%
Nicht-Rückfällig	keine Info	20	80,0
	gelegentliche Probleme	5	20,0
	Gesamt	25	100,0
Rückfällig	keine Info	20	80,0
	gelegentliche Probleme	4	16,0
	durchgängig problematisch	1	4,0
Gesamt		25	100,0

Überprüfung der Hypothese 7.1

7.1 „Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen haben die rückfälligen Probanden im Verlauf mehr Suchtprobleme“:

chi²: 0,117 nicht signifikant Die Hypothese wird verworfen

Ergebnis:

1. Zu Beginn der Maßregel wurde bei 30% der an einer schizophrenen Erkrankung leidenden Probanden die Zweitdiagnose Sucht gestellt (Seifert 2007).
2. Im poststationären Verlauf liegt der Anteil von Probanden mit einer zusätzlichen Suchtproblematik bei 20%.
3. rückfällige und nicht-rückfällige Probanden unterscheiden sich bezüglich der Arten ihrer Suchterkrankung als auch des Auftauchens von Suchtproblematiken im Verlauf der Bewährungshilfe nicht.

Im Kapitel 5.6 wird dieser zunächst überraschende Befund diskutiert.

Dass sich die beiden Gruppen in Art und Ausmaß ihrer Suchtprobleme nicht unterscheiden, bedeutet nicht, dass diese im Verlauf der Bewährungshilfe keine Rolle spielen, wie die nachfolgende Kasuistik illustriert:

Kasuistik Nr. 7: Bei Hr. D. wird die Maßregel angeordnet, weil er unter dem Einfluss einer paranoid halluzinatorischen Psychose in Kombination mit multiplem Drogenmissbrauch eine gefährliche Körperverletzung begeht. Er ist damals 31 Jahre alt. Die Dauer seiner Führungsaufsicht wird auf 60 Monate festgelegt. Frühkindliche Auffälligkeiten sind bekannt, spielen dann aber bei seiner weiteren schulischen und beruflichen Laufbahn keine weitere Rolle. Er erwirbt einen Hauptschulabschluss, macht eine Lehre und arbeitet zunächst in seinem erlernten Beruf. Im Alter von 20 Jahren entwickelt er eine Polytoxikomanie. Ob sich vor seinem Unterbringungsdelikt schizophrene Symptome bilden, ist

nicht bekannt. Trotz seines Drogenkonsums kann Hr. D. stationäre Einweisungen vermeiden. Dissozial auffällig wird er erstmals mit 23 Jahren. Bekannt sind eine fahrlässige und eine Körperverletzung. Beide führen aber nicht zu einer Haft. Ob die beim Unterbringungsdelikt bestehende paranoide Erkrankung drogeninduziert ist, ist nicht mit Sicherheit zu beantworten, aber wahrscheinlich. Nach fast 14-jähriger Behandlung im Maßregelvollzug wird Hr. D. bedingt entlassen. Die Bewährungsaufsicht läuft zunächst gut an. In seinem ersten Bericht schreibt der Bewährungshelfer „Ich habe den Eindruck gewonnen, dass der Proband an einer ordnungsgemäßen Durchführung der Aufsicht interessiert ist“. Nach zwei Jahren werden die Kontakte des Probanden zum Helfersystem allmählich unzuverlässiger. Gelegentliche Terminversäumnisse beim behandelnden Psychiater und beim Bewährungshelfer werden mit zunächst noch plausiblen Erklärungen entschuldigt. Der Proband kann dann aber nicht mehr verbergen, dass er wieder Heroin konsumiert. „am ... habe die Ehefrau des Probanden angerufen und mitgeteilt, es sei Heroin im Spiel“. Zunächst geht der Bewährungshelfer noch davon aus, „dass seitens des Gerichtes z.Zt. keine Maßnahmen eingeleitet werden müssen“. Es wird eine Entzugsbehandlung eingeleitet, die aber nur kurzfristig wirkt. Nach dieser Entzugsbehandlung werden die Weisungen neu und präziser gefasst, um auf die kritische Situation zu reagieren und einen erneuten ambulanten Therapieversuch zu starten. Schon im ersten Bericht nach diesem Neuanfang berichtet der Bewährungshelfer von erneuten Weisungsverstößen: „Ich führte einen Hausbesuch durch. Hr. D. lag auf seiner Couch, meinte verschlafen zu haben, er hatte sehr viel Alkohol getrunken, entschuldigte sich für sein Nichtkommen“. Hr. D. verliert seine Arbeit, geht immer unzuverlässiger zum Arzt und nimmt Termine bei der Bewährungshilfe nicht wahr. Der Bewährungshelfer resümiert: „Sehe ich meine Unterlagen durch, so muss ich feststellen, dass Hr. D. keinen Termin pünktlich einhält, die Termine verschleppt und seine (neuroleptische) Spritze verschoben um eine Woche erhält“. Er zieht ein pessimistisches Fazit: „Richtig gearbeitet hat der Proband noch nie und er erlebt von Seiten der Behörden, dass keine Konsequenzen erfolgen. Demzufolge erfüllt er noch weniger die Auflagen“. Bei zunehmendem Konsum häufen sich die Weisungsverstöße, unter anderem versucht er während einer geschlossen stationären Entzugsbehandlung, Heroin auf die Station einzuführen. Warnungen des Bewährungshelfers haben keine korrigierende Wirkung mehr. Deshalb empfiehlt dieser zu Ende der Führungsaufsicht die Aufhebung des Widerrufs der Vollstreckung. Kurz darauf widerruft die Strafvollstreckungskammer die Aussetzung der Unterbringung.

4.14 Warnungen der Bewährungshilfe

Von „Warnungen“ wird in dieser Arbeit immer dann gesprochen, wenn in den Berichten der Bewährungshelfer Problemfelder beschrieben oder explizite Weisungsverstößen benannt werden, die den Erfolg der Bewährungshilfe in Frage stellen. Dabei ist die Abgrenzung der Weisungsverstöße von benannten Problemlagen nicht eindeutig zu treffen, da die richterlich festgelegten Weisungen selten Inhalt der Berichte sind und in den Berichten selten ein Bezug zu den richterlichen Weisungen hergestellt wird, obwohl sie zur Steuerung des Bewährungsprozesses handlungsleitend sind.

Ergebnis:

1. Bei 45,8 der aller Probanden werden Warnungen und Problemlagen benannt.
2. Während bei den Nicht-Rückfälligen das Thema Drogen/Alkohol an erster Stelle der Nennungen steht, spielt es bei den Rückfälligen eine geringere Rolle. (s. Kap. 4.13, S. 58). Das mag auch damit zusammenhängen, dass bei den nicht-rückfälligen Probanden die Zweitdiagnose Sucht mit 34,0% häufiger gestellt wurde als bei den rückfälligen mit 20,0%.
3. Über alle Gruppen stehen die Themen „Arzt-/Neuroleptikacompliance“ und „labile psychische Verfassung“ an zweiter und dritter Stelle.
4. Explizit benannte Weisungsverstöße stehen bei den Rückfälligen mit 10 Nennungen an der ersten Stelle, während sie bei den Nicht-Rückfälligen mit 2 Nennungen unter Sonstige vermerkt sind. Hier ist die Vergleichbarkeit mit den anderen Gruppen allerdings eingeschränkt, da je nach Konsequenz die Weisungsverstöße auch als Rückfalldelikte gezählt werden.
5. Beim Vergleich Rückfälliger zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen zeigt eine odds ratio von 1,86, dass bei den rückfälligen Probanden im Verlauf deutlich mehr Warnungen ausgesprochen werden.
6. Auch im Vergleich zur gematchten Gruppe zeigt die odds ratio von 1,41, dass bei den rückfälligen Probanden Warnungen häufiger ausgesprochen werden (s. Tab. A 4, S. 111).

Die Anzahl der Warnungen pro Gruppe und die Häufigkeitsverteilung der Problemfelder in den verschiedenen Gruppen zeigt die nächste Tabelle:

Tab. 21 Anzahl der Verwarnten und der benannten Problemfelder/Proband für die verschiedenen Probandengruppen

Warnungen	Anzahl der Verwarnten	Ein Problemfeld	Zwei Problemfelder	Drei Problemfelder
Gesamtgruppe (N=96)	44	16	14	14
Nicht-rückfällige gesamt (N=71)	28	12	10	6
Nicht-rückfällige gematcht(N=25)	14	6	5	3
Rückfällige (N=25)	16	5	4	7

Ob es bei der Mehrfachnennung von Problemlagen einen Unterschied zwischen der Gruppe der rückfälligen und der Nichtrückfälligen gibt, zeigt die Überprüfung der Hypothesen 9.1 und 9.2:

Überprüfung der Hypothese 9.2:

„Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen werden bei den rückfälligen Probanden mehr unterschiedliche Problemfelder angesprochen“:

chi²: 4,214 df 1 0,039 signifikant Die Hypothese wird angenommen

Überprüfung der Hypothese 9.1:

„Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen werden bei den rückfälligen Probanden mehr unterschiedliche Problemfelder angesprochen.“

chi²: 0,764 nicht signifikant Die Hypothese wird verworfen

Ergebnis: Probanden mit schweren Rückfalldelikten tragen im Vergleich zu denen mit leichteren Rückfalldelikten stärker zur Nennung mehrerer Problemfelder bei, wie eine odds ratio von 1,52 belegt. In Entsprechung zu den Ergebnissen aus Kapitel 4.13 und entgegen der Erwartung spielen Suchtprobleme bei rückfälligen Probanden eine geringere Rolle und sind bei den Warnungen in dieser Gruppe auch nicht an oberer Stelle zu finden. Eine odds ratio von 1,61 besagt aber auch, dass Probanden mit schweren Rückfällen stärker zur Anzahl der Warnungen beitragen als diejenigen mit leichteren Rückfällen.

Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen werden bei den Rückfälligen mehr Probanden verwarnt und bei den Warnungen mehr unterschiedliche Problemfelder benannt. Eine odds ratio von 1,52 besagt darüber hinaus, dass die Probanden mit schweren Rückfalldelikten stärker zur Nennung mehrerer Problemfelder beitragen als diejenigen mit leichteren Rückfalldelikten. Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nichtrückfälligen sind die Unterschiede bei der Anzahl der verwarnten Probanden und der Problemfelder statistisch nicht signifikant.

4.15 Entwicklungen im Verlauf

Zum besseren Verständnis zunächst noch eine Explizierung der Kriterien:

- „eher problematisch“ meint gelegentliche Unregelmäßigkeiten meist in der Arzt-/ Betreuer-compliance, die zwar benannt werden, aber keine weiteren Aktivitäten des Helfersystems hervorrufen.
- „problematischer Verlauf“ beschreibt Menschen, die fast durchgängig durch Unregelmäßigkeiten, Nicht-Einhalten von Absprachen etc. auffallen und das Betreuersystem zu intensiveren Aktivitäten veranlassen.
- „Verlauf ohne Entwicklung“ beschreibt Menschen, deren Lebenssituation sich im Verlauf der Führungsaufsicht nicht wesentlich ändert (meist durchgängig Heimbewohner) und die keine Probleme verursachen. Zusammengefasst kann man daher bei Rückfälligen und Nicht-Rückfälligen problematische und unproblematische Verläufe unterscheiden, wobei unter

unproblematisch auch diejenigen subsumiert werden, bei denen Krisen durch gute Zusammenarbeit im Helfersystem rechtzeitig erkannt und im Rahmen normaler psychiatrischer Behandlungsmöglichkeiten ohne erneute Delinquenz bewältigt werden. Die nächsten Tabellen beschreiben eine zusammengefasste Beurteilung des Gesamtverlaufes der rückfälligen und nicht-rückfälligen Probanden. Für die Rückfälligen ist sie so zu lesen, dass die Beschreibung des Verlaufes bis zum Rückfalldelikt gilt.

Tab. 22 Einschätzung des Bewährungsverlaufes der gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen mit den rückfälligen Probanden

Verlauf im Erhebungszeitraum	Nicht-Rückfällige gematcht		Rückfällige	
	N	%	N	%
keine Information	0	0,0	2	8,0
positiver Verlauf ohne schwerere Krisen	7	28,0	2	8,0
positiver Verlauf mit Bewältigung sozialer/psychischer Krisen in Kooperation mit Helfern	15	60,0	3	12,0
eher problematischer Verlauf	1	4,0	6	24,0
problematischer Verlauf	1	4,0	6	24,0
unproblematischer Verlauf mit plötzlicher Rückfalldelinquenz	0	0,0	4	16,0
Verlauf ohne Entwicklung	1	4,0	2	8,0
Summe	25	100,0	25	100,0

Überprüfung der Hypothese 11.1: „Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen werden bei den rückfälligen Probanden die Bewährungsverläufe häufiger als problematisch eingeschätzt“:

chi²: 17,151 df 1 hoch signifikant Die Hypothese wird angenommen.

Tab. 23 Vergleich des Bewährungsverlaufs rückfälliger mit der Gesamtgruppe Nicht-rückfälliger Probanden

Verlauf im Erhebungszeitraum	Nicht - Rückfällige gesamt		Rückfällige	
	N	%	N	%
keine Informationen	3	4,2	2	8,0
positiver Verlauf ohne schwerere Krisen	25	35,2	2	8,0
positiver Verlauf mit Bewältigung von Krisen	27	38,0	3	12,0
eher problematischer Verlauf	7	9,9	6	24,0
problematischer Verlauf	3	4,2	6	24,0
unproblematischer Verlauf mit plötzlicher Rückfalldelinquenz	0	0,0	4	16,0
Verlauf ohne Entwicklung	6	8,5	2	8,0
Summe	71	100,0	25	100,0

Überprüfung der Hypothese 11.2: „Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen werden bei den rückfälligen Probanden die Bewährungsverläufe häufiger als problematisch eingeschätzt.“:

chi²: 19,693 df 1 hoch signifikant Die Hypothese wird angenommen.

Ergebnis: Bei rückfälligen Probanden überwiegen problematische Verläufe sowohl im Vergleich zur gematchten als auch im Vergleich zur Gesamtgruppe der nicht-rückfälligen Probanden. Von den unproblematischen Verläufen mit plötzlicher Rückfalldelinquenz waren zwei Rückfälle ohne und zwei mit Gewaltanwendung (Eigentumsdelikt mit Gewalt, Tötungsdelikt). Letztere werden im nächsten Kapitel einer gesonderten Einzelfallbetrachtung unterzogen.

Ob und welche weiteren therapeutischen und/oder juristischen Maßnahmen zum Ende der Maßregel von den Bewährungshelfern empfohlen werden, zeigt die nächste Tabelle.

Tab. 24 Empfehlung weiterer juristisch-therapeutischer Maßnahmen nach Beendigung der Führungsaufsicht

Empfehlungen weiterer therapeutisch – juristische Maßnahmen	Nicht-Rückfällige gesamt		Rück- fällige	
	N	%	N	%
keine Prognosen, Empfehlungen	45	63,4	9	36,0
Beendigung der FüA empfohlen	16	22,5	7	28,0
weitere therapeutisch / soziale Maßnahmen empfohlen	8	11,3	3	12,0
weitere juristische Maßnahmen empfohlen	2	2,8	6	24,0
Gesamt	71	100,0	25	100,0

Überprüfung der Hypothese 12.2:

„Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen werden bei den rückfälligen Probanden am Ende der Führungsaufsicht häufiger weitere therapeutisch / juristische Maßnahmen empfohlen“:

chi²: 5,594 df 1 0,022 signifikant Die Hypothese wird angenommen

Überprüfung der Hypothese 12.1:

„Im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen werden bei den rückfälligen Probanden am Ende der Führungsaufsicht häufiger weitere therapeutisch/juristische Maßnahmen empfohlen“:

chi²: 2,599 df 1 nicht signifikant Die Hypothese wird verworfen.

Eine odds ratio von 2,54 zeigt aber, dass bei Probanden mit einem schweren Rückfall im Vergleich zu denen mit einem leichteren Rückfall wesentlich häufiger weitere therapeutisch/juristischen Empfehlungen ausgesprochen werden.

Ergebnis: Die rückfälligen Probanden zeigen sowohl im Gesamtgruppen- als auch im gematchten Vergleich mit den nicht-rückfälligen statistisch hoch signifikant mehr problematische Gesamtverläufe. Bei den rückfälligen Probanden werden im Vergleich zur Gesamtgruppe der nicht-rückfälligen signifikant mehr Empfehlungen zu weiteren juristisch/therapeutischen Maßnahmen am Ende der Führungsaufsicht ausgesprochen. Bei Probanden mit schweren Rückfalldelikten werden am Ende der Führungsaufsicht häufiger als bei den leicht Rückfälligen weitere therapeutisch/juristische Empfehlungen ausgesprochen.

4.16 Probanden mit gewalttätiger Rückfalldelinquenz

Als Probanden mit schwerwiegenden Rückfällen werden in dieser Arbeit diejenigen bezeichnet, deren Rückfalldelikt mit einer Gewaltanwendung einhergeht, also die Deliktgruppen Tötung, Körperverletzung, Eigentumsdelikt mit Gewaltanwendung und Bedrohung. Dies trifft auf insgesamt N=11 der insgesamt N=29 Rückfälligen zu. Die schwerwiegende Rückfalldelinquenz verteilt sich auf die folgenden Deliktgruppen (im Vergleich dazu die Unterbringungsdelikte):

Tab. 25 Vergleich der Unterbringungsdelikte mit den Rückfalldelikten
der Probanden mit schweren Rückfalldelikten (N=11)

Probanden mit gewalttätiger Rückfalldelinquenz	
Unterbringungsdelikt	Rückfalldelikt
Tötung	Tötung
Tötung	Körperverletzung
Tötung	Körperverletzung
Tötung	Körperverletzung
Körperverletzung	Körperverletzung
Körperverletzung	Körperverletzung
Eigentum mit Gewalt	Körperverletzung
Eigentum mit Gewalt	Körperverletzung
Eigentum mit Gewalt	Körperverletzung
Tötung	Eigentum mit Gewalt
Bedrohung	Eigentum mit Gewalt

Bei dieser Probandengruppe sind die Rückfalldelikte einschlägig, was die Vermutung nahelegt, dass hier eine Gruppe von Probanden mit einer Neigung zu gewalttätigen Reaktionen in Stress- und Krankheitssituationen beschrieben wird, auch wenn die Anzahl der Tötungsdelikte bei den Rückfalldelikten wesentlich reduziert ist. Entgegen der Erwartung scheinen die Probanden mit einer Doppeldiagnose nicht besonders rückfallgefährdet oder für schwerwiegende Rückfälle prädestiniert zu sein. Von den 25 rückfälligen Probanden haben N=6 eine Doppeldiagnose, davon gehören zwei zur Gruppe mit schweren Rückfällen. In der Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen (N=71) liegen 31 Doppeldiagnosen vor, davon in der gematchten Gruppe N=9. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind, soweit berechenbar, nicht signifikant.

Bezüglich einer Suchtproblematik unterscheiden sich rückfällige Probanden insgesamt nicht von den Nicht-Rückfälligen. Im Vergleich leicht rückfälliger zu schwer rückfälligen Probanden zeigt allerdings eine odds ratio von 1,90, dass Probanden mit schweren Rückfällen fast doppelt so stark zur Suchtproblematik in dieser Gruppe beitragen.

Weisungsverstöße: Mit N=6 Nennungen leistet die Gruppe mit gewalttätiger Rückfallinquenz einen überproportionalen Beitrag, da es bei den N=25 rückfälligen Probanden insgesamt N=8 mit Weisungsverstößen gab, was einer odds ratio von 2,14 entspricht.

Die Bewährungshelferberichte zu dieser Gruppe sind mit 230 Zeilen/Proband umfangreicher als die der Gesamtgruppe (156 Zeilen) oder die aller Rückfälligen (192) und inhaltlich eher besser strukturiert, der Austausch der Bewährungshelfer mit anderen Helfern ist auch eher dichter als beim Rest der Untersuchungsgruppe.

Die Empfehlung „weitere juristisch/therapeutische Maßnahmen empfohlen“ wurde für die Gruppe der Rückfälligen insgesamt N=9x ausgesprochen, davon für die Gruppe mit schweren Rückfällen allein N=6x. Für die gematchte Gruppe der Nicht-Rückfälligen wurde diese Empfehlung nur N=4x ausgesprochen, für die Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen N=10x. Bezüglich der Wohnsituation zeigt sich, dass die Gruppe mit schwereren Rückfällen sowohl im Vergleich zur Gesamtgruppe der Rückfälligen als auch im Vergleich zu der gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen wesentlich weniger in betreuten Wohnformen und wesentlich häufiger entweder alleine oder in familiär-partnerschaftliche Strukturen lebt. odds ratios von 1,69 und 1,27 zeigen, dass bei Probanden mit schweren Rückfällen zu Beginn und Ende der Führungsaufsicht der Hang zu riskanteren Wohnformen ausgeprägter ist als bei den leicht Rückfälligen.

Arzt- und Neuroleptikacompliance: Allen Probanden mit schweren Rückfällen war zu Beginn und gegen Ende der Führungsaufsicht eine dauerhafte neuroleptische Medikation verordnet, wobei aus den Berichten die Art der Medikation häufig nicht hervorgeht. Vorsichtig geschätzt erhielten ca. 50% der Probanden eine Depotmedikation und zwar über alle Gruppen. Eher bemerkenswert war, dass auch über alle Gruppen die Information über die Medikation im Verlauf nachließ. Lagen zu Beginn bei den Berichten der Rückfälligen bei N=3 Probanden keine Infos vor, so erhöhte sich diese Zahl gegen Ende der der Führungs-aufsicht auf N=7. Auch bei der gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen lagen am Ende der Führungsaufsicht bei N=5 Probanden keine Informationen zu diesem Thema vor. Von den 25 Rückfälligen zeigten N=5 Probanden eine unregelmäßige Arztcompliance, davon N=2 aus der Gruppe mit schweren Rückfällen.

Bei der Neuroleptikacompliance tragen die Probanden mit schweren Rückfällen erheblich stärker als die mit leichten Rückfällen zur Problematik bei. Von den N=10 Probanden mit insuffizienter Neuroleptikacompliance stammen N=6 aus der Gruppe mit schweren

Rückfällen. Die odds ratio von 1,92 zeigt, dass sie fast doppelt so stark zu diesem Problem beitragen.

Arbeit: Entgegen der Erwartung, wenn auch statistisch wegen zu kleiner Fallzahlen nicht berechenbar, bleibt bei den Probanden mit schweren Rückfällen die Zahl der Beschäftigten mit N=7 von N=11 über die Zeit stabil, während sie bei denen mit leichten Rückfällen (N=14) über die Zeit von N=9 auf N=5 absinkt, was einer odds ratio von 1,78 zugunsten der Probanden mit leichten Rückfällen ergibt.

Verlauf im Erhebungszeitraum: Probanden mit schweren Rückfällen sind im gleichen Verhältnis wie die mit leichteren Rückfällen an den als problematisch eingeschätzten Gesamtverläufen beteiligt. Der Unterschied zur gematchten und Gesamtgruppe der Nicht Rückfälligen ist hoch signifikant.

Anzahl und Folgen der Warnungen: Gegen 16 der 25 rückfälligen Probanden wurden im Verlauf der Bewährungsaufsicht insgesamt N=34 Verwarnungen ausgesprochen. 9 von 14 Probanden mit leichten Rückfällen erhielten N=16 Verwarnungen, 7 von 11 Probanden mit schweren Rückfällen erhielten insgesamt N=19 Verwarnungen. Die Anzahl der Verwarnten ist zwischen den Gruppen der Rückfälligen gleich (odds ratio = 0,98), aber die Probanden mit schweren Rückfällen bekommen im Verhältnis mehr Warnungen (odds ratio 1,61) und bei ihnen werden häufiger mehrere Problemfelder angesprochen (odds ratio 1,52).

Die Verwarnungen hatten bei 3 der 11 Probanden mit schweren Rückfällen und bei 6 der 14 mit leichten Rückfällen Konsequenzen, aber alle eher leichter Art (d.h. kein erneuter Freiheitsentzug).

Wie unterschiedlich und manchmal auch völlig unerwartet sich der Wege in einen Delikt-rückfall gestalten kann, zeigt die nächste Kasuistik:

Kasuistik Nr. 8: Der 50jährige Hr. E. lebt seit 28 Jahren in Deutschland, zunächst als Asylbewerber, danach mit einem gesicherten Aufenthaltsstatus. Er ist Kurde jesidischen Glaubens und nahm seit seinem 14. Lebensjahr an den bewaffneten Auseinandersetzungen der kurdischen Freiheitsbewegung im Nordirak teil. Dabei erlitt er auch eine schwere Kopfverletzung. Zur Unterbringung im Maßregelvollzug führte ein versuchter Totschlag an einem ihm unbekannten Albaner, den er im Alter von 25 J im Rahmen eines schizophrenen Verfolgungswahnes beging. Er glaubte, dieser habe den Auftrag, ihn umzubringen. Nach vierjähriger Behandlung im Maßregelvollzug, wo er auf die neuroleptische Behandlung gut ansprach, wird er beurlaubt. Zunächst zieht er in ein Wohnheim, danach in eine eigene Wohnung. Der externe Prognosegutachter, der weitere psychotische Exazerbationen für möglich hält, befürwortet eine bedingte Entlassung bei weiterer kontrollierter neuroleptischen Behandlung und engmaschiger psychotherapeutischer Begleitung auch zur Aufarbeitung seiner traumatischen Kriegserfahrungen. Die von der Strafvollstreckungskammer erlassenen Weisungen beziehen sich auf diese Empfehlungen. Der Proband bekommt zusätzlich zum Bewährungshelfer noch einen gesetzlichen

Betreuer, er soll sich eine Arbeit suchen und Wohnungswechsel sind nur mit Genehmigung des Bewährungshelfers erlaubt. Er hat sich einer dauerhaften psychiatrischen Behandlung zu unterziehen und die verordneten Neuroleptika einzunehmen. Es gibt eine aufsuchende psychiatrische Betreuung in seiner Wohnung, Drogengebrauch ist ihm untersagt, was gelegentlich kontrolliert wird. Er soll wegen seiner schlechten Sprachkenntnisse einen Deutschkurs machen. Die ausführlichen und inhaltlich guten Berichte des Bewährungshelfers belegen eine engagierte und fachgerechte Zusammenarbeit des Helfersystems. Hr. E. bekommt einen muttersprachlichen Psychiater, es gibt für ihn einen Krisenerkennungsplan. „Unverändert finden in größeren Zeitabständen sog. Fallkonferenzen statt, zu denen die zuständigen Sozialarbeiter des psychosozialen Krisendienstes, des Sozialpsychiatrischen Dienstes, der Lebensräume sowie der Bewährungshilfe und Führungsaufsichtsstelle des E. eingeladen werden und auch der behandelnde Arzt, Dr. B.“. Letzterer ist ein Landsmann des Probanden. Um soziokulturelle Einflüsse zu berücksichtigen, tauscht man sich mit dem Oberhaupt der jesidischen Gemeinde aus. Während seiner bedingten Entlassung tauchen immer mal wieder paranoide Episoden auf. Mehrmals fühlte er sich von Arbeitskollegen mit dem Tode bedroht, weshalb er sich zum Selbstschutz heimlich eine Pistole besorgt. Später geht er keiner Arbeit mehr nach. Er heiratet dann eine 20 Jahre jüngere Frau aus seiner Heimat, die er vorher nicht kannte und die illegal in die BRD einreist. Zwei Monate nach dem Zusammenzug kommt es zu paranoid bedingten Auseinandersetzungen und tätlichen Übergriffen gegen seine Frau, die daraufhin ins Frauenhaus flüchtet und sich dann von ihm trennt. Zur Entaktualisierung wurde Hr. E. kurzfristig stationär behandelt. 3 Monate später und 3,5 Jahre nach seiner bedingten Entlassung erschießt Hr. E. seine Frau bei einer zufälligen Begegnung auf offener Straße. Bei der polizeilichen Vernehmung gibt er an, dass er die Tötung seiner Frau schon beschlossen hatte, als diese ihn verließ (s.a. Seifert, 2010).

Dieser tragische Verlauf zeigt, dass trotz großen Engagements, guter Zusammenarbeit und Berücksichtigung soziokultureller Einflüsse durch das Helfersystem ein bis dahin akzeptabler Bewährungsverlauf plötzlich in einem schweren Rückfalldelikt enden kann. Im Nachhinein fallen einige kritische Ereignisse auf: Der Proband ließ während der ambulanten Behandlung die Depotmedikation wegen unerwünschter Nebenwirkungen durch eine orale Medikation ersetzen, was die Kontrolle der Einnahme erschwert. Zum Tatzeitpunkt ging er schon längere Zeit keiner tagesstrukturierenden Beschäftigung mehr nach. Bei den Betreuern, die ihn auf seine Eheprobleme ansprachen, dissimulierte er negative Gefühle gegenüber seiner Frau. Als Fazit zu diesem Fall bleibe zu konstatieren, „dass bei schizophrenen Patienten, die aus einem Wahnerleben heraus ein Gewaltdelikt begangen haben, die Legal-prognose bekanntlich besonders kritisch eingeschätzt werden muss. Dies gilt umso mehr, wenn von einem bleibenden systematisierten Wahn ausgegangen werden muss, der medikamentös allenfalls phasenweise und nur bedingt entaktualisiert werden kann. Weitere Aspekte wie die sprachlichen Verständigungsprobleme, der besondere kulturell-religiöse Hintergrund sowie die von unmittelbarer Gewalterfahrung und Lebensbedrohung gekennzeichnete biografische

Entwicklung bleiben ebenso zu bedenken, da sie die sonst üblichen Möglichkeiten einer intensiven forensischen Nachbetreuung limitieren“ (Seifert, 2010).

Die nächste Kasuistik beschreibt, wie ein schweres Rückfalldelikt des Probanden während seiner bedingten Entlassung zu einer erfolgreichen Neuausrichtung der Behandlung führt:

Kasuistik Nr. 9: Bei Hr. F., Jahrgang 1971, ledig, wird im Alter von 27 Jahren wegen Diebstahls und versuchten Totschlags die Maßregel angeordnet. Zum Tatzeitpunkt war er wegen langjährigen Drogenmissbrauchs und einer akuten paranoid halluzinatorischen Psychose schuldunfähig. Aus seiner Vorgeschichte sind familiäre Probleme bekannt, die im Alter von 7 Jahren zu einem Heimaufenthalt führen. Verhaltensprobleme während der Schulzeit und der beruflichen Ausbildung werden berichtet. Hr. F. erreicht aber den Hauptschulabschluss. Eine Berufsausbildung bricht er ab und ist danach dauerhaft erwerbslos. In seinen Partnerschaften kommt es häufig zu Konflikten. Kurz vor seinem Unterbringungsdelikt wird Hr. F. erstmals für 4 Wochen stationär psychiatrisch behandelt. Nach zweijähriger Behandlung im stationären Maßregelvollzug wird er bedingt entlassen. Die Dauer der Führungsaufsicht wird auf 60 Monate festgesetzt. Zu Beginn der Führungsaufsicht lebt der Proband alleine in einer kleinen Wohnung. Er geht keiner regelmäßigen Tätigkeit nach und versucht, seine Grundsicherung durch Gelegenheitsarbeiten aufzubessern. Die ärztliche Nachsorge übernimmt ein niedergelassener Psychiater, der Hr. F. eine Depotmedikation verordnet. Dieser informiert nach einiger Zeit den Bewährungshelfer, dass der Patient seine Depotmedikation nicht abgeholt habe. Daraufhin entwickelt sich bei Hr. F. relativ rasch eine paranoide Symptomatik. Er greift seine Schwester an, die daraufhin die Polizei ruft, die dann seine Einweisung in eine allgemeinspsychiatrische Klinik veranlasst. Auch dort greift er in Rahmen paranoider Verkennungen Mitpatienten unvermittelt und heftig an. Deshalb wird ein Sicherungsunterbringungsbefehl erwirkt und Hr. F. wird auf eine forensische Station verlegt. Nach einjähriger Behandlung mit positivem Verlauf kann er auf eine halboffene Station verlegt werden. Die Bewährungshelferin beschreibt ihn so: „Beim Gespräch gewann ich den Eindruck, dass bei dem Probanden wieder Krankheitseinsicht besteht und es ihm sehr wichtig ist, diesbezüglich mehr über sich und Möglichkeiten des Umgehens damit zu erfahren“. Durch die Aufarbeitung seines Rezidivs gelangt der Klient zu einer verbesserten Krankheitseinsicht. Seine gute soziale/verwandtschaftliche Verankerung motiviert ihn zusätzlich, eine realistischere Alltagsplanung in Angriff zu nehmen und anzuerkennen, dass er für eine längere Zeit einer strukturierten Hilfestellung bedarf. Nach der stationären Behandlung im Maßregelvollzug erklärt er sich damit einverstanden, in einer betreuten Wohngemeinschaft zu leben und einer regelmäßigen tagesstrukturierenden Tätigkeit bei einem sozialpsychiatrischen Hilfsverein nachzugehen. Er nimmt seine Depotmedikation regelmäßig und ist bis zum Ende der Führungsaufsicht deliktfrei. Die Bewährungshelferin zieht in ihrem letzten Bericht die Bilanz, dass Hr. F. Im Verlauf „einen zugewandten, überlegten und ernsthaften Eindruck macht“ und „wie von seinem Bezugspfleger bestätigt wurde, hinsichtlich seiner Entwicklung eine weitere Stabilisierung stattgefunden hat“.

Dieser Verlauf illustriert, dass Probleme in der Medikamentencompliance in Verbindung mit riskanten Wohnformen (hier: alleine Leben) und mangelnder Tagesstrukturierung die Wahrscheinlichkeit eines Deliktrückfalles wesentlich erhöhen. Er zeigt aber auch, wie Proband und

Helfersystem eine Krise produktiv aufarbeiten und nutzen können, um Krankheits-einsicht und Anerkennung von Unterstützungsbedarf durch den Probanden zu fördern und auf dieser Grundlage fördernde und nicht überfordernde Rehabilitationsmaßnahmen einzuleiten.

5. Diskussion

Die vorliegende Arbeit ist eine weiterführende Untersuchung der multizentrischen prospektiven Essener Prognosestudie (Seifert, 2007). In dieser wurden an einer für Deutschland repräsentativen Stichprobe forensischer Patienten (§ 63 StGB) umfangreiche klinische und anamnestiche Prognosekriterien unmittelbar vor der (bedingten) Entlassung aus dem stationären Setting erhoben. Nach einem Katamnesezeitraum von 3,9 Jahren (Seifert, 2007) und in einer Nachuntersuchung nach einem Katamnesezeitraum von 7,5 Jahren (Seifert & Knarren, 2013) wurde die Bedeutung dieser Kriterien in Bezug auf eine Vorhersage der Zielvariable „Deliktrückfälligkeit“ statistisch überprüft. Als Ergebnis der diagnosegemischten Zweitkatamnese lässt sich festhalten, dass sich „sowohl die Anzahl valider klinischer Prognosekriterien als auch die Treffergenauigkeit“ reduzierten, „wenngleich für die entscheidende Gruppe (Rückfall mit einer Gewaltstraftat) eine unverändert gute Vorhersagekraft ($AUC=0.88$) erzielt wurde“ (Seifert & Knarren, 2013). Schizophren erkrankte Patienten bilden die größte Untergruppe im Maßregelvollzug (§ 63 StGB). Sie zeichnet sich u.a. durch eine hohe Vorstrafenbelastung (2 von 3 Patienten) aus und stellt 50% der wegen eines Gewaltdelikt verurteilten forensischen Patienten (Kutscher et al., 2009). Diese hohe Vorstrafenbelastung findet sich auch in der Stichprobe ($N=143$) dieser Arbeit. 67,1% der Probanden weisen vor ihrer Unterbringung im Maßregelvollzug eine Vorstrafe auf, wobei die rückfälligen Probanden mit 72% eine höhere Vorstrafenbelastung aufweisen als die nicht-rückfälligen mit 62% (s. Tab. A 5, S. 111). Da derartige historisch-anamnestiche Merkmale therapeutischen Interventionen nicht mehr zugänglich sind, gewinnt die Frage an Bedeutung, wie der soziale Empfangsraum und die poststationäre Behandlung zu gestalten sind, um die Legalprognose dieser Patientengruppe zu verbessern. Vor diesem Hintergrund verfolgt die Arbeit zwei Hauptziele:

1. den poststationären Verlauf forensischer Patienten mit einer schizophrenen Psychose detailliert zu beschreiben und herauszufinden, welche Maßnahmen und Hilfen eine erfolgreiche Wiedereingliederung begünstigen.
2. die Gruppe der gescheiterten Probanden mit einer gematchten und der Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen zu vergleichen, um Unterschiede in den Verläufen der jeweiligen ambulanten Nachsorge zu ermitteln und auf diesem Weg potentielle poststationäre Risikofaktoren zu identifizieren. Deren Berücksichtigung im Nachsorgeprozess kann dazu beitragen, die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalldelikt zu minimieren. Die Gruppe der Probanden mit schweren Rückfällen wird einer vertiefenden Betrachtung unterzogen. Das spezifisch Neue der vorliegenden Arbeit lässt sich so charakterisieren:

- Sie untersucht Probanden, die nach einer stationären forensisch-psychiatrischen Behandlung bedingt entlassen wurden (Die meisten Studien zum Thema psychische Erkrankung und Gewalt beziehen sich auf allgemeinpsychiatrische Probanden).
- Sie untersucht im Rahmen eines prospektiven Forschungsdesigns erstmals den poststationären Verlauf von Probanden einer Diagnosegruppe (schizophrene Erkrankungen ICD 10 F 20 - F 25). Damit können durch den Vergleich erfolgreicher und missglückter Verläufe Aussagen zum Therapieerfolg (= Gewaltreduktion) und zu den allgemeinen und diagnosespezifischen Voraussetzungen gelingender Verläufe gemacht werden.
- Die Untersuchung umfasst einen längeren Untersuchungszeitraum als vergleichbare Studien (t-a-r 7,5 Jahre). Sie geht damit über die normale Höchstdauer der Führungsaufsicht von 5 Jahren hinaus. Von der rechtlich möglichen Anordnung einer lebenslangen Führungsaufsicht nach § 63 c (2) StGB war keiner der hier untersuchten Probanden betroffen.
- Die Daten werden an zwei Messpunkten (am Beginn und gegen Ende der Führungsaufsicht) erhoben, so dass nicht nur Durchschnittswerte von Gruppen, sondern auch unterschiedliche Entwicklungen über einen längeren poststationären Zeitraum verglichen werden können.
- Eine gesonderte Auswertung von Probanden mit schweren Rückfalldelikten gibt Antworten auf die Frage, ob deren poststationäre Verläufe durch besondere Entwicklungen oder Merkmale gekennzeichnet sind.

Diese Untersuchung nimmt einen Forschungsansatz auf, der im deutschsprachigen Raum zuerst in der Arbeit „Lebenswege nach § 63 StGB untergebrachter Patienten“ vorgestellt wurde (Adler et al., 1997). Neben der Erhebung anamnestischer und klinischer Befunde untersuchte sie den poststationären Verlauf einer Patientengruppe mit unterschiedlicher Schwere des Unterbringungsdeliktes (Diebstahl vs. Tötungsdelikt) und unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen (Schizophrene Erkrankung und Psychopathie).

5.1 Methodendiskussion

Seifert weist auf einige methodische Probleme einer prospektiven Untersuchung im Maßregelvollzug hin. So verweigerten für die Essener prospektive Studie 5% der Patienten ihre Mitarbeit. Zudem müsse man von einem Dunkelfeld nicht erkannter Deliktückfälle gerade bei Straftaten von geringfügigem Schweregrad ausgehen. Auch könne es in Einzelfällen länger als ein Jahr dauern, bis ein Eintrag in das Bundeszentralregister erfolgt, sodass ein Teil der Rückfälle möglicherweise nicht in der Untersuchung erfasst ist (Seifert, 2007).

Die Methode der Vergleichsgruppenbildung im Matching-Verfahren führt dazu, dass man bezüglich der gewählten Paarbildungskriterien (hier: Alter, Geschlecht, Diagnose, Unterbringungsdelikt und Behandlungsdauer) zwar Konfundierungsmöglichkeiten ausschaltet, zu diesen Variablen selbst aber keine statistischen Aussagen machen kann, da sie künstlich gleich gehalten sind.

Dass Berichte der Bewährungshelfer ein nützliches und ökonomisches Mittel zur Erfassung von Aspekten der Lebensführung und der Entwicklungen von Rückfalldelikten sein können, ist durch einige Untersuchungen belegt (Dimmek & Duncker, 1996; Seifert et al., 2001; Haneke, 2005). Sie werden z.B. auch zur Validierung kriminologischer Inventare zur Erfassung des Rückfallrisikos von Straftätern eingesetzt (Dahle et al., 2011). Der Einbezug dieser Informationsquelle stellt gegenüber bisherigen Forschungsansätzen eine Weiterentwicklung dar, da bisher zumeist lediglich die Auskünfte des Bundeszentralregisters herangezogen wurden, die zu den sozialen und situativen Rahmenbedingungen eines Deliktrückfalles keine Auskunft geben. Die Informationsgewinnung aus diesen Berichten unterliegt methodischen Einschränkungen. Es ist anzunehmen, dass sich die Berichterstattung des Bewährungshelfers nach anderen Kriterien ausrichtet als die theoriegeleitete Variablenauswahl dieser Arbeit. Da es zum Untersuchungszeitraum kein vorstrukturiertes Berichtssystem gab, schwankt der Informationsgehalt der Berichte erheblich. Wahrscheinlich sind manche Informationen für den Bewährungshelfer so selbstverständlich (z.B. Drogenabstinenz), dass er sie (möglicherweise) nicht extra verschriftlicht. Außerdem kann „ein selektiver Prozess bereits von den Probanden“ ausgehen, indem diese bestimmte Thematiken anbieten oder ausblenden (Haneke, 2005).

Die Kriterien, mit deren Hilfe die Berichte der Bewährungshelfer in dieser Arbeit ausgewertet wurden, sind zwar theoriegeleitet entwickelt, aus ökonomischen Gründen musste aber auf eine Reliabilitätsprüfung des angewandten Auswertungsinstrumentes verzichtet werden. Auf dieser Grundlage waren nominalskalierte und parameterfreie Daten zu erheben. Bei der Interpretation der erhobenen Risikomerkmale bleibt zu berücksichtigen:

- Es handelt sich um Wahrscheinlichkeitsaussagen, bezogen auf eine definierte Gruppe einer repräsentativen Stichprobe zu einem bestimmten Zeitpunkt mit bestimmten therapeutischen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen.
- Auch wenn in einer Gruppe eine Variable häufiger auftritt als in einer anderen, bedeutet dies nicht automatisch, dass sie bei der Mehrheit dieser Gruppe auftritt.
- Die Zuschreibung eines Risikomerkmals bedeutet nicht, dass dieses eine feststehende Eigenschaft der Gruppe ist, da Zugänge zu Therapie und gesellschaftlicher Teilhabe sich wandelnden gesundheits- und sozialpolitischen Einflüssen unterliegen.

Zur Berechnung unterschiedlicher Effekte der unabhängigen Variablen wurde die odds ratio und bei genügender Zellengröße das χ^2 Verfahren angewandt. Die Berechnung erfolgte mit dem Programm SPSS Version 16. Vor diesem Hintergrund sind die gewonnenen Ergebnisse einzuordnen und auch da, wo Hypothesen statistisch abgesichert werden können, sind sie auch aus methodischen Gründen eher als vorläufig, denn als endgültig bestätigt anzusehen.

5.2 Ergebnisdiskussion

Als entscheidendes Kriterium für den Erfolg der psychiatrischen Maßregel gilt das Kriterium der Deliktrückfälligkeit. Hier ist aus „forensisch-therapeutischer Sicht ... der weitere Lebensweg des Patienten von grundlegender Bedeutung, zumal sich hieraus auch Hinweise für das Risikomanagement der ambulanten Nachsorge finden lassen, so genannte poststationäre Risikofaktoren, denen in der bisherigen Prognoseforschung zu wenig Beachtung geschenkt worden ist“ (Seifert, 2012). Empirische Untersuchungen über den weiteren Lebensweg und den Zusammenhang des sozialen und therapeutischen Empfangsraumes und einer möglichen Deliktrückfälligkeit schizophren erkrankter, bedingt entlassener Patienten des Maßregelvollzuges sind selten (Adler et al., 1997) und wurden zunächst nicht systematisch weiterverfolgt. Die vorliegende Arbeit nimmt für Patienten des Maßregelvollzuges mit einer schizophrenen Erkrankung, die mittlerweile die größte Diagnosegruppe stellen, diesen Ansatz auf. Sie rekonstruiert aus vorhandenen Datenquellen (Bundeszentralregister, Berichte der Bewährungshilfe) anhand bestimmter Variablen (fachärztliche Nachsorge und neuroleptische Medikation, Wohnsituation, Arbeits- und Erwerbssituation und anderen) ihren Lebensweg nach der Entlassung aus dem stationären Maßregelvollzug. Sie ermittelt, ob sich aus einem Vergleich rückfälliger mit nicht-rückfälligen Probanden poststationäre Risikofaktoren ableiten lassen.

Wohin also gehen die Probanden dieser Stichprobe nach ihrer meist bedingten Entlassung aus dem stationären Maßregelvollzug, wie werden sie fachlich betreut, wie leben sie im Alltag, woran kann man erkennen, ob sich individuell die Gefahr einer Rückfalldelinquenz entwickelt?

Zunächst lässt sich festhalten, dass nach einer t-a-r von 7,5 Jahren bei forensischen Probanden mit einer schizophrenen Erkrankung nach strengen Maßstäben bei 79,7% die Wiedereingliederung deliktfrei gelingt, bei 12,6% verläuft sie mit leichteren Rückfalldelikten und 7,7% scheitern mit gewalttätigen Deliktrückfällen. Damit verläuft aus kriminologischer Perspektive ihre Wiedereingliederung positiver als die anderer psychiatrischer Diagnosegruppen, bei denen im Durchschnitt die deliktfreie Wiedereingliederung zu 68,5% gelingt und von denen 14,1% mit einem erneuten Sexual- und/oder Gewaltdelikt auffällig wurden (Seifert, 2012).

Aus den Bewährungshelferberichten geht hervor, dass im Untersuchungszeitraum so gut wie alle Probanden ärztlich-psychiatrisch behandelt werden, und zwar überwiegend von niedergelassenen Fachärzten (62,5%), Ambulanzen psychiatrischer Krankenhäuser (15,6%) oder forensischen Nachsorgeambulanzen (7,3%). Bei 75,0% der Probanden wird von einer dauerhaften oralen oder parenteralen Depotmedikation berichtet. In 25,0% der Berichte wird über die neuroleptische Medikation nicht berichtet, was aber nicht bedeutet, dass diese Probanden keine Medikation erhielten. Diese Werte bleiben über den Verlauf der Führungsaufsicht stabil. Insgesamt war also die ärztlich-medikamentöse Behandlung über die Zeit der Führungsaufsicht gesichert. Nach der bedingten Entlassung aus der stationären Maßregel nach § 63 StGB leben zunächst 64,6% der Probanden in einem Wohnheim oder in einer betreuten Wohngemeinschaft. Im Zuge weiterer Lockerungen sinkt dieser Wert zu Ende der Führungsaufsicht auf 49,0% ab. Damit bleiben mit abnehmender Tendenz über die gesamte Zeit der Führungsaufsicht betreute Wohnformen die bevorzugte Wohnsituation. Einer tagesstrukturierenden Beschäftigung gehen nach der Entlassung aus der stationären Behandlung 70,8% der Probanden nach. Zum Ende der Führungsaufsicht sinkt dieser Wert auf 65,6% ab, was immer noch ein guter Wert ist, wenn man weiß, dass vor ihrer Unterbringung 63,6% der Probanden arbeitslos waren. Allerdings bleibt auch zu konstatieren, dass nur 8,5% ihren Lebensunterhalt aus eigenem Arbeitseinkommen bestreiten können. Insgesamt waren die entlassenen Maßregelvollzugspatienten recht gut in das sozialpsychiatrische Netz integriert und die meisten konnten bei kontinuierlicher fachärztlicher Behandlung im Wohn- und Arbeitsbereich einen Platz finden, der ihren sozialen Bedürfnissen und ihrer individuellen Belastbarkeit entsprach.

Ob und bei welchen Variablen statistisch bedeutsame Unterschiede zwischen rückfälligen und nicht nicht-rückfälligen Probanden nachgewiesen werden konnten, die dann als poststationäre Risikomerkmale für eine fachgerechte ambulante forensische Nachbehandlung von Bedeutung sind, zeigt die nachfolgende Detailanalyse.

5.2.1 Bewährungshilfe: Auswertung der Berichte, Kontaktgestaltung zu forensischen Probanden und anderen Beteiligten des Helfer- und Kontrollsystems

Die Berichte der Bewährungshilfe sind in dieser Arbeit sowohl wesentliche Informationsquelle zum poststationären Verlauf der aus dem Maßregelvollzug (§ 63 StGB) entlassenen Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung als auch Gegenstand von Forschungsfragen. Sie wurden quantitativ und qualitativ ausgewertet. Die Ergebnisse von Probanden mit und ohne Rückfalldelinquenz wurden verglichen und auf statistisch bedeutsame Differenzen überprüft, um prognostisch relevante Informationen aus den Berichten zu

eruierten. Die Berichte von Probanden mit schweren Rückfalldelikten wurden noch einmal gesondert untersucht.

Für 96 (67,1%) von 143 Probanden mit einer schizophrenen Erkrankung lagen 703 Berichte der Bewährungshelfer vor, die im Zeitraum von 1997 bis 2007 verfasst wurden. Pro Proband wurden im Schnitt sieben Berichte mit einer Gesamtlänge von durchschnittlich 156 Zeilen geschrieben. Damit ist ein Bewährungshelferbericht aus dieser Stichprobe im Schnitt 21,4 Zeilen lang, umfasst also ungefähr eine 2/3 DIN A 4 Seite, wobei der kürzeste zwei und der längste 153 Zeilen hat. Die Zeilenanzahl pro Fall beträgt im Mittel 156 Zeilen mit einer Spannweite von 19 bis 549 Zeilen. Dies deutet darauf hin, dass es bei der Abfassung von Berichten einen erheblichen individuellen Spielraum für den Bewährungshelfer gibt. Aus psychiatrisch-forensischer Sicht enthalten etwa 25% der Berichte zu wenig Informationen, um den poststationären Verlauf einer schizophrenen Erkrankung und damit auch das Gefährdungspotential eines Probanden kompetent einschätzen zu können. Die Mehrzahl dieser unzureichenden Berichte (15 von 24) war im Verhältnis zu ihrem Informationsgehalt eher zu lang und weitschweifig angelegt. Hieraus lässt sich ableiten, dass eine fachgerechtere Information nicht unbedingt mit einem größeren Zeitaufwand einhergehen muss.

In der Rangreihe der behandelten Thematiken lagen zu Beginn der Führungsaufsicht für die Gesamtgruppe der Probanden mit einer schizophrenen Erkrankung die „klassischen“ Themen der Sozialarbeit wie Arbeit, Wohnen, Alltagsbewältigung und Finanzen im Fokus der Berichterstattung. Die für diese Klientel und für dessen Rückfallprophylaxe so bedeutsamen Themen der Arzt- und Neuroleptikacompliance folgten erst an fünfter und sechster Stelle (s. Tab.3, S. 33).

Eine Analyse der Bewährungshelferberichte, die nach nicht-rückfälligen, leicht rückfälligen und schwer rückfälligen (Tötungs- oder Körperverletzungsdelikt) Probanden unterscheidet, ergibt ein quantitativ und qualitativ differenzierteres Bild.

Im Vorfeld schwerer Rückfalldelikte werden die Berichte häufiger und länger (s. Tab.5, S. 34). Sie sind inhaltlich besser strukturiert und die Rangreihe der beschriebenen Problem-lagen verändert sich. Bei den rückfälligen Probanden stehen im Gegensatz zur Gesamt-gruppe Weisungsverstöße und Probleme bei der Arzt- und Neuroleptikacompliance an erster Stelle.

Mit Blick auf die Gesamtheit der analysierten Berichte aus dem Zeitraum 1997 bis 2007 bestätigt sich der in der Erstkatamnese an einer Teilstichprobe (1997 – 2003) erhobene Befund, dass aus forensisch-psychiatrischer Sicht etwa 25% der Berichte den Verlauf des Probanden nur unzureichend beschreiben (Seifert et al., 2001; Haneke, 2005). Dieser verbesserungswürdige Wert scheint aber nicht außergewöhnlich. So kommt eine Evaluationsstudie über die ambulante Nachsorge forensischer Patienten in NRW zu dem Schluss,

dass 30% der Krankenblattdokumentationen lückenhaft sind und legalprognostisch - forensische Aspekte nicht ausreichend berücksichtigt werden (Schmidt-Quernheim, 2011).

Dabei wurden die Entwicklung von fachlich begründeten Dokumentationsstandards und Qualitätsanforderungen an die Bewährungsberichte sowohl aus Sicht der Bewährungshilfe als auch aus der Perspektive des strafvollstreckenden Richters kritisch diskutiert (Breternitz, 2007; Mutz, 2007; Them & Dietrich, 2007). Im Rahmen der bundesweiten Neuorganisation der sozialen Dienste der Justiz wurden Verbesserungsschritte vorgeschlagen und umgesetzt (Koob-Sodtke, 2010).

Fazit: Die ex post Analyse der Bewährungshelferberichte zeigt neben den festgestellten Schwächen auch deren legalprognostische Bedeutung. Im Vorfeld schwerer Rückfalldelikte werden sie quantitativ häufiger und länger. Legalprognostisch bedeutsame Informationen zum psychischen Befinden, zu Weisungsverstößen und zu Problemen bei der Neuroleptika-compliance rücken deutlich stärker in den Focus der Berichterstattung. Die Zusammenarbeit des Helfer- und Sanktionssystems wird vermehrt angesprochen. Offen bleibt, warum trotz der aus den Berichten erkennbaren Gefährdung des forensischen Rehabilitationsprozesses nicht frühzeitiger und rückfallvermindernd korrigierend eingegriffen wurde.

Die Kontakte der Bewährungshelfer zu ihren Klienten sind von hoher Konstanz und Zuverlässigkeit geprägt. Ein Wechsel des Bewährungshelfers geschieht selten und wenn, dann aus organisatorisch-betrieblichen Gründen, die der Klient nicht zu verantworten hat. Die Bewährungshelfer selbst beschreiben die Kontakte zu ihren Klienten in über 90% der Fälle als regelmäßig und zuverlässig.

Diese hohe Beziehungskonstanz über Jahre hinweg in Verbindung mit der beruflichen Erfahrung und den Sanktionsmöglichkeiten weist der Bewährungshilfe bei der Organisation der Nachsorge und der Rückfallprophylaxe eine bedeutende Rolle zu.

Kontakte der Bewährungshelfer zu anderen Akteuren des Helfer- und Sanktionssystems sind im Untersuchungszeitraum vielfältig. Insgesamt wird in 76,0% der Berichte von einem institutionsübergreifenden Informationsaustausch in Form von persönlichem, telefonischem oder Austausch in Helferrunden berichtet. Dieser ist bei den nicht-rückfälligen Probanden mit 78,9% intensiver als bei den rückfälligen mit 68,0% (s. Tab. A 2, S. 110). In der diagnosegemischten Stichprobe der Erstkatanese sind „Helferrunden und Kontakte zwischen den an der Nachsorge beteiligten Personen ... insgesamt selten dokumentiert“ (Haneke, 2005). Hier wird bei 34,6% der Probanden von einem Informationsaustausch berichtet. Die Differenz ist mit 21,1% bei den rückfälligen und 48,0% bei den nicht-rückfälligen Probanden ausgeprägter als in der vorliegenden Zweitkatanese.

Eine Befragung von Bewährungshelfern aus dem Jahr 2003 belegt aber auch, dass dieser Zustand von einer Mehrheit (58%) als verbesserungswürdig angesehen wird (Haneke, 2005).

Diese zum Teil insuffiziente Zusammenarbeit reflektiert den Zustand der ambulanten Nachsorge für den Entlassungszeitraum der hier untersuchten Probanden von 1997 bis 2003. Dieser wird für den damaligen Zeitraum so beschrieben: „Auch ... muss unverändert die forensische Nachsorge als defizitär bezeichnet werden. Von einem flächendeckenden Versorgungsangebot - so wie in den Modellerprobungen als Ergebnis formuliert - ist man noch weit entfernt“ (Seifert et al., 2003). Nach einer jetzt längeren Katamnesezeit ändern sich die Ergebnisse. Wird in der diagnosegemischten Erstkatamnese nach einer time at risk (t-a-r) von 3,9 J nur bei 34,6% der Probanden von einem Austausch berichtet, steigt dieser Wert bei der diagnosespezifischen Zweitkatamnese nach einer t-a-r von 7,5 J auf 76% an. In beiden Katamnesezeiträumen war der überinstitutionelle Austausch bei den rückfälligen Probanden geringer ausgeprägt. Dabei scheint der Bewährungshelfer bei den hier untersuchten schizophren erkrankten Probanden noch überwiegend als „Einzelkämpfer“ tätig zu sein. Nur bei 8,3% der Probanden wurde berichtet, dass Helferrunden (definiert als geplanter Austausch mindesten dreier beteiligter Institutionen) stattgefunden haben (s. Tab A 2, S. 110). In Regionen, in denen zwischenzeitlich forensischen Ambulanzen aufgebaut wurden, hat sich die Kooperation der am Rehabilitationsprozess Beteiligten offensichtlich intensiviert. Eine Evaluationsstudie der forensischen Ambulanzen im Bundesland NRW für das Jahr 2009 stellt fest: „Bei zwei Drittel aller untersuchten Fälle fanden Helferkonferenzen statt“ (Schmidt-Quernheim 2011). Eine Studie zur ambulanten Sicherungsnachsorge von bedingt entlassenen „Hochrisikopatienten“ in Regensburg (Bayern) weist nach, dass die forensischen Ambulanzen dort Kontakte zu 86% der Bewährungshelfer hatten und bei 75% dieser Klientel regelmäßige Helferkonferenzen - zu 94% gemeinsam mit den betroffenen Probanden - mit einer Frequenz von 1,5 pro Jahr stattfanden (Butz et al., 2013). Diese Daten belegen, dass der überinstitutionelle Austausch in späteren Jahren selbstverständlich wird und ihm eine rückfallprophylaktische Bedeutung zugemessen wird. Aufgrund der unterschiedlich zusammengesetzten Stichproben, der teils schwachen Datenlage (in der Erst-katamnese war das Thema überinstitutionellen Austausch nur in 34,6% der Berichte präsent; Haneke 2005), der unterschiedlichen Katamnesezeiten und des Fehlens vergleichbarer Daten anderer Diagnosegruppen sind die Ergebnisse dieser Studien aber nur eingeschränkt mit den vorliegenden Untersuchungsergebnissen zu vergleichen.

5.2.2 Poststationäre Risikofaktoren: Ergebnisse des Gruppenvergleiches

Erstmals diagnosespezifisch (schizophrene Erkrankungen; ICD 10 F. 20 – 25) wird die Gruppe der deliktrückfälligen Probanden (N=25) bezüglich bedeutsamer Variablen des poststationären ambulanten Nachsorgeprozesses mit einer gematchten (nach Alter, Geschlecht, Diagnose, Unterbringungsdelikt und Behandlungsdauer; N=25) und mit der Gesamtgruppe der nicht-rückfälligen Probanden (N=71) verglichen. Durch die lange Katamnesezeit von 7,5 Jahren ist es möglich, die Variablen an zwei Messpunkten (Anfang und Ende der Führungsaufsicht) zu erheben, um Veränderungen im Verlauf zu dokumentieren. Die Gruppe der Probanden mit schweren Rückfalldelikten (N=11) wird zudem noch gesondert analysiert. Die so gewonnenen Ergebnisse werden mit den Erkenntnissen ähnlich gelagerter Untersuchungen verglichen und diskutiert, wobei unterschiedliche Studiendesigns, Stichprobenzusammensetzungen, Untersuchungszeiträume und Definitionen von Untersuchungsvariablen zu berücksichtigen sind. Bei Beachtung dieser Faktoren ist ein (bedingter) Vergleich möglich. Die im Verlauf durch Gruppenvergleiche ermittelten unterschiedlichen Ausprägungen der Untersuchungsvariablen lassen poststationäre Risikomerkmale erkennen, die als Frühwarnsignal verstanden, helfen können, durch rechtzeitige Intervention die Rückfalldelinquenz bedingt entlassener Probanden zu minimieren.

Sie lassen sich in zwei Gruppen einteilen:

- a) Risikomerkmale, die sich in Aktivitäten und Einschätzungen der Bewährungshilfe finden.
- b) Risikomerkmale, die sich in der Lebens- und Betreuungspraxis der Probanden widerspiegeln.

zu a)

1. Anzahl der Verwarnten: Hier ist die Anzahl der Probanden gemeint, in deren Berichten explizite Weisungsverstöße oder Verhaltensweisen beschrieben werden, die den Rehabilitationsprozess gefährden (z.B. Alkoholmissbrauch). Ob die Probanden tatsächlich auch eine „gelbe Karte“ erhalten haben, ist anzunehmen, geht aus den Berichten aber meist nicht explizit hervor. Bei den rückfälligen Probanden ist die Anzahl der Verwarnten (64,0%) im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen (56,0%) in der Tendenz und im Vergleich mit der Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen (37,3%) signifikant höher.

2. Anzahl der Warnungen: Gegenüber rückfälligen Probanden werden im Vergleich zur gematchten (odds ratio 1,41) und zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen (odds ratio 1,88) deutlich mehr Warnungen ausgesprochen. Dabei tragen Probanden mit schweren Rückfällen deutlich mehr zu den Warnungen bei als die mit leichten Rückfällen (odds ratio 1,61)

3. Anzahl der Problemfelder pro Patient: Bei rückfälligen Probanden (44,0%) werden im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen Probanden (32,0%) in der Tendenz

und im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen (24,9%) signifikant mehr unterschiedliche Problemfelder angesprochen. Auch hier ist der Beitrag der schwer Rückfälligen im Vergleich zu den leicht Rückfälligen deutlich größer (odds ratio 1,52).

4. Problematische Verläufe: Sie sind bei den rückfälligen Probanden (48,0%) sowohl im Vergleich zur gematchten (8,0%) als auch zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen (14,1%) hoch signifikant häufiger und stellen somit ein bedeutsames Risikomerkmal dar.

5. Empfehlung weiterer therapeutischer oder juristischer Maßnahmen: Sie werden zum Ende der Führungsaufsicht bei den rückfälligen Probanden (36,0%) im Vergleich zur gematchten Gruppe der Nicht-Rückfälligen (16,0%) häufiger und im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen (14,1%) statistisch signifikant häufiger empfohlen. Probanden mit schweren Rückfällen tragen zu diesem Merkmal wesentlich stärker bei, als diejenigen mit leichten Rückfalldelikten (odds ratio 2,54).

Mit 16% (N=4) relativ hoch ist auch der Anteil derjenigen Probanden, deren Rückfalldelikt aus Sicht der Bewährungshilfe plötzlich und ohne Vorwarnzeichen auftrat.

Schon die nach einem Katamnesezeitraum von 3,9 Jahren an der Gesamtgruppe der Essener Prognosestudie vorgenommene Auswertung der Berichte der Bewährungshilfe ergab, dass die Bewährungshelfer etwa bei der Hälfte der dann tatsächlich rückfällig gewordenen Probanden Warnungen formulieren, bei den nicht-rückfälligen waren es etwa ein Viertel (Haneke, 2005; Seifert, 2007). Diese Befunde werden durch die vorliegende Untersuchung bestätigt, diagnosespezifisch differenziert und im Vergleich mit der Gesamtgruppe der nicht-rückfälligen Probanden statistisch abgesichert. Bezogen auf die Stichprobe der schizophren Erkrankten nach einer t-a-r von 7,5 Jahren ist bei den Rückfälligen sowohl die Anzahl der Verwarnten mit jetzt 64,0%, die Anzahl der ausgesprochenen Warnungen als auch die Anzahl der angesprochenen Problemfelder deutlich höher. Probanden mit schweren Rückfällen tragen zu den zwei letztgenannten Variablen mit odds ratios von 1,5 bzw. 1,6 deutlich stärker bei, was die rückfallprognostische Bedeutung dieser Risikomerkmale unterstreicht. In eine ähnliche Richtung deuten Ergebnisse einer Evaluationsstudie forensischer Ambulanzen im Bereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL). Die als „auffällig mit Handlungsbedarf“ bezeichneten psychosekranken Klienten hatten vor allem Probleme bei der Einhaltung von Auflagen. Diese Variable stand mit 36,6% der Nennungen auf Rang eins der erhobenen Risikomarker (Dimmek & Wiecek, 2011).

In einer Voruntersuchung der Essener Prognosestudie fand sich, dass diagnosegemischt bei den Rückfälligen in 50% (N=27) der Berichte ungünstige Verläufe und krisenhafte Entwicklungen beschrieben wurden, die aber offensichtlich keine Interventionen zur Folge hatten (Haneke, 2005). In der vorliegenden diagnosespezifischen Untersuchung werden jetzt nach einer längeren t-a-r von 7,5 Jahren 48% der Verläufe als deutlich problematisch

beschrieben, wobei nicht jeder problematische Verlauf in einen Deliktrückfall mündet. Ergänzend dazu wurden zum Ende der Führungsaufsicht bei signifikant mehr rückfälligen (36,0%) als nicht-rückfälligen Probanden (16,0%) weitere juristisch/therapeutische Maßnahmen empfohlen.

Fazit: In den Aktivitäten und schriftlichen Einschätzungen der Bewährungshilfe finden sich diagnosespezifisch und teilweise besonders akzentuiert bei Probanden mit schweren Rückfällen Risikomerkmale, die statistisch abgesichert zwischen Rückfälligen und Nichtrückfälligen unterscheiden. Die Frage bleibt offen, warum diese bedeutsamen Informationen im Vorfeld eines Rückfalldeliktes das Helfer- und Sanktionssystem nicht häufiger zu wirksamen rückfallprophylaktischen Aktivitäten veranlassen.

zu b)

1. Arztcompliance: Im Untersuchungszeitraum der vorliegenden Arbeit (1997 bis 2007) werden noch 64,6% der ambulanten forensischen Patienten von niedergelassenen überwiegend Fachärzten behandelt, 15,5% von psychiatrischen Institutsambulanzen und nur 6,3% durch forensische Nachsorgeambulanzen (s. Tab. A 3, S. 110). In Bundesländern, in denen zwischenzeitlich der Aufbau forensischer Nachsorgeambulanzen in Angriff genommen wurde, verändern sich die Behandlungsstrukturen. Im Bundesland NRW werden mittlerweile 48,7% dieser Klientel von den forensischen Fachambulanzen betreut, 15,2% von Institutsambulanzen allgemeinspsychiatrischer Krankenhäuser und 14,1% von niedergelassenen Ärzten (Schmidt-Quernheim, 2011).

In der Beziehung zu ihren behandelnden Ärzten zeigen die rückfälligen Probanden mit 20,0% häufiger Probleme (Abbruch der Behandlung, nicht abgesprochene Arztwechsel, unregelmäßiges Erscheinen) als diejenigen der gematchten Gruppe (0,0%) oder der Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen (2,8%). Im Vergleich zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen sind die Differenzen in der Arztcompliance signifikant. Die Relevanz dieses Themas wird aus einer anderen Perspektive durch eine Evaluationsstudie untermauert. Bei psychosekranken Probanden, die von den untersuchten forensischen Ambulanzen des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe als „auffällig mit Handlungsbedarf“ (also im Vorfeld eines potentiellen Rückfalldeliktes) bezeichnet wurden, fand sich das Risikoverhalten „Probleme beim Einhalten von Terminen und Absprachen“ mit 15,6% an dritter Stelle der Risikoliste (Dimmek & Wiecek, 2011).

2. Neuroleptikacompliance: Da bei schizophren erkrankten forensischen Patienten das Delikt häufig Ausdruck ihrer Erkrankung ist und diese Erkrankung medikamentös in den meisten Fällen gut behandelbar ist, kommt der Neuroleptikacompliance im ambulanten Setting eine große rückfallprophylaktische Bedeutung zu (Leygraf, 2006). In einer Befragung von 12

forensischen Einrichtungen mit ambulanter forensischer Betreuung benannten alle „Probleme bei der Medikamentencompliance“ und „Nichteinhaltung ärztlich/psycho-therapeutischer Termine“ als charakteristisches Moment krisenhafter Entwicklungen (Banzer, 2005). Eine Auswertung von Kontrolllisten forensischer Ambulanzen im Landschaftsverband Westfalen-Lippe ergab, dass bei Psychosekranken mit krisenhaftem Verlauf das Kriterium „Probleme mit der Neuroleptikacompliance“ mit 26,5% den zweiten Rang bei der Benennung von Risikoverhalten einnahm (Dimmek & Wiecek, 2011). Diese Ergebnisse sind zunächst einmal Bestätigung klinischer Erfahrungen, sie beantworten aber noch nicht die Frage, ob dieses Risikoverhalten auch tatsächlich die Gruppe der rückfälligen schizophren Erkrankten von der Gruppe der Nicht-Rückfälligen in statistisch relevanter Weise differenziert. So konnte in der diagnosegemischten Untersuchungsgruppe der Essener Prognosestudie nach einer t-a-r von 3,9 J diese Frage für schizophren Erkrankte zunächst noch nicht geklärt werden. Es gab aber hier schon die Erkenntnis, dass bei der gemischtdiagnostischen Klientengruppe mit gewalttätiger Rückfalldelinquenz Probleme mit der Medikation ausgeprägter waren als in der gematchten Vergleichsgruppe (Haneke, 2005; Seifert, 2007).

Bei jetzt separater Betrachtung der Probanden mit einer schizophrenen Psychose nach einer wesentlich längeren Katamnesezeit kommt der Variable „Probleme mit der Neuroleptikacompliance“ eine statistisch hochsignifikante Relevanz zu. Dies gilt insbesondere für diejenigen mit schweren Rückfalldelikten, bei denen dieses Merkmal fast doppelt so häufig auftritt wie bei denjenigen mit leichteren Rückfalldelikten (odds ratio 1,92). Damit ist die Variable „Neuroleptikacompliance“ ein bedeutsames Risikomerkmak für schwere Rückfalldelikte. Gestützt wird diese Aussage durch die erste katamnestiche Untersuchung der Essener Prognosestudie. Für die diagnosegemischte Untergruppe der Probanden mit gewalttätigen Rückfalldelikten (N=18) wurde nach einer t-a-r von 3,9 Jahren festgestellt, dass diese im Vergleich zur gematchten Vergleichsgruppe (N=17) häufiger Probleme bezüglich der Medikation (N=5) aufwiesen als ihre nichtrückfälligen Matchingpartner (N=0) (Haneke, 2005). Eine neuere Evaluationsstudie aus NRW untersucht ebenfalls diagnosegemischt die Neuroleptikacompliance ambulant-forensischer Probanden nach einer t-a-r von 5,6 J (sie vergleicht aber nur Probanden, die tatsächlich Neuroleptika verordnet bekommen haben; das dürften wie in der Untersuchung von Haneke 2005 in der Mehrheit schizophren Erkrankte sein). Der Unterschied zwischen Rückfälligen und Nichtrückfälligen ist auch hier hoch signifikant (Schmidt-Quernheim, 2011). Eine britische Untersuchung kommt zu dem Ergebnis, dass eine gute Medikamentencompliance die Wahrscheinlichkeit gewalttätiger Rückfalldelinquenz senkt, mit Ausnahme von Patienten, die schon in der Kindheit antisoziale Einstellungen entwickelt hatten. Unterschiedliche Stoffklassen der antipsychotischen Medikationen haben keinen unterschiedlichen Effekt auf gewalttätige Rückfalldelinquenz

(Swanson et al., 2008). Die Rate der Gewaltreduktion, die auf eine antipsychotische Medikation zurückgeführt werden, kann liegt laut einer schwedischen Studie zwischen 22% und 29%, wobei die Effekte einer parenteralen oder oralen Medikation gleich sind (Fazel et al., 2014).

Fazit: Nach einem Katamnesezeitraum von 7,5 Jahren zeigen rückfällige Probanden mit einer schizophrenen Erkrankung im Vergleich mit der gematchten Gruppe und im Vergleich mit der Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen bezüglich der Neuroleptikacompliance hochsignifikant mehr Probleme. Dieses Verhalten ist besonders ausgeprägt bei Probanden mit schweren Rückfalldelikten.

3. Psychisches Befinden: Beim Vergleich mit anderen Untersuchungen erschweren bei dieser eher „weichen“ Variable unterschiedliche Katamnesezeiträume, unterschiedliche Diagnosegruppen, unterschiedliche Differenzierungen der Variable und unterschiedliche Erhebungsinstrumente die Vergleichbarkeit der Ergebnisse.

Dichotomisiert man diese Variable in „eher instabil“ versus „eher stabil“, so zeigen in dieser Studie insgesamt 14,6% aller Probanden Probleme beim psychischen Befinden und eine erhöhte Krisenanfälligkeit.

Butz et al. (2013) ermitteln nach einer t-a-r von 3,8 Jahren mittels der Erhebung des GAF - Wertes für ihre diagnosegemischte Stichprobe eine leichte, aber signifikante Besserung des psychopathologischen Zustandsbildes ihrer Probanden im Verlauf der forensischen Nachsorge. Bei 7% wird eine merkliche Verschlechterung des psychopathologischen Bildes festgestellt, ein Wert, der in etwa mit dem der hier ermittelten bei den nicht-rückfälligen Probanden übereinstimmt. Ob das insgesamt dafür spricht, dass sich über einen längeren Zeitraum gesehen der psychopathologische Zustand ambulant behandelter forensischer Patienten bessert, kann wegen der unterschiedlichen Anlage der Studie und Definition der Untersuchungsvariablen jedoch nicht mit Sicherheit gefolgert werden.

Es scheint aber Unterschiede zwischen rückfälligen und nicht-rückfälligen Probanden zu geben. In der vorliegenden Untersuchung zeigen rückfällige Probanden (28,0%) sowohl im Vergleich zur gematchten (4,0%) als auch zur Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen (9,9%) deutlich häufiger instabile Zustände (s. Tab. A 7, S. 113). Wegen zu geringer Zellwerte lassen sich diese Differenzen aber statistisch nicht absichern. Zudem war auch kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen leicht und schwer Rückfälligen erkennbar (odds ratio 0,98).

In der erstkatamnestischen Untersuchung der Essener Studie (Seifert, 2007) nach einer t-a-r von 3,9 Jahren und in der Evaluationsstudie forensischer Ambulanzen in Nordrhein-Westfalen (Schmidt-Quernheim & Seifert, 2014) nach einer t-a-r von 5,6 Jahren werden diagnosegemischt bei den rückfälligen Probanden ebenfalls deutlich häufiger instabile

psychische Zustände als bei den Nicht-Rückfälligen festgestellt, allerdings auf einem insgesamt unterschiedlichen Niveau (Schmidt-Quernheim & Seifert 16 von 22; Seifert 16 von 52).

Fazit: Vorliegende Arbeiten für diagnosegemischte Probandengruppen deuten darauf hin und belegen statistisch abgesichert (Schmidt-Quernheim & Seifert, 2014), dass bei deliktrückfälligen Probanden ein eher instabiles psychisches Befinden häufiger vorkommt als bei Nicht-Rückfälligen. Dieses Ergebnis konnte nun für die Gruppe der schizophren erkrankten Probanden wegen zu geringer Fallzahlen zwar nicht statistisch abgesichert, aber in der Tendenz bestätigt werden.

4. Wohnsituation: Die Wohnsituation wird bei forensischen Patienten sowohl als Quelle von Stress und Überforderung als auch als wichtiger Bestandteil von Lebenszufriedenheit beschrieben (Dimmek & Wiecek, 2011; Banzer, 2005).

Die vorliegende Untersuchung kommt bei dieser Variable zu folgenden Ergebnissen:

- Zu Beginn der Führungsaufsicht leben die rückfällige Probanden häufiger (56,0%) als Nicht-Rückfällige (22,6%) in weniger betreuten und für schizophren Erkrankte stressbelasteten Wohnformen (allein; mit Partner; in der Herkunftsfamilie). Die Differenz ist statistisch signifikant.
- Probanden mit schweren Rückfällen leben zu Beginn (odds ratio 1,69) und am Ende (odds ratio 1,27) der Führungsaufsicht häufiger in stressbelasteten Wohnsituationen (alleine /mit Partner/in Herkunftsfamilie) als Probanden mit leichteren Deliktrückfällen.
- Gegen Ende der Führungsaufsicht verringern sich die Unterschiede zwischen rückfälligen und nicht-rückfälligen Probanden, sie sind jetzt nicht mehr statistisch signifikant. Die rückfälligen Probanden lebten durchgängig mehrheitlich (56%) in stressanfälligeren Wohnsituationen, während sich bei den Nicht-Rückfälligen die Anzahl der in offenen Wohnformen lebenden von 22,6% auf 40% fast verdoppelt.
- Diese Entwicklung bei den nicht-rückfälligen Probanden zeigt, dass ein schrittweiser Lockerungsprozess im Wohnbereich ohne erhöhtes Rückfallrisiko möglich ist, wenn er auf die individuelle Belastungsfähigkeit des Probanden abgestimmt ist.

Zur legalprognostischen Relevanz dieses Lebensbereiches liegen einige wissenschaftlichen Arbeiten vor, die Aussagen zu diagnosegemischten Stichproben entlassener forensischer Patienten (§ 63 StGB) machen. In der Erstkatamnese der Essener Prognosestudie wird nach einer t-a-r von 3,9 J festgehalten, dass rückfällige Probanden wesentlich häufiger in weniger eng betreuten und stressbelasteteren Wohnsituationen (allein; mit Partner oder in Herkunftsfamilie) leben (N=34) als Nicht-Rückfällige (N=13). Diese Differenz war statistisch signifikant. Von den Patienten mit gewalttätigen Rückfalldelikten in dieser diagnosegemischten Stichprobe (N=19) lebt die große Mehrheit (N=12) ebenfalls allein, mit Partner oder in der

Herkunftsfamilie Das unterstreicht die legalprognostische Relevanz dieses Lebensbereiches (Haneke, 2005; Seifert, 2007).

Unterschiede finden sich bei Betrachtung der einzelnen Diagnosegruppen. Laut einer bayrischen Studie lebten nach einer Katamnesezeit von einem Jahr 71,4% der Probanden mit einer Persönlichkeitsstörung alleine / mit Partner oder in der Herkunftsfamilie, wohingegen 68,5% der übrigen Patienten in einer betreuten Wohngemeinschaft oder in einem Heim wohnten (Bezzel, 2008). In der diagnosegemischten Evaluationsstudie forensischer Ambulanzen aus NRW wird an zwei Messpunkten (direkt nach der Unterbringung; zuletzt in der Nachsorge) nach einer mittleren Katamnesezeit von 5,6 Jahren folgender Trend festgestellt: im Verlauf steigt der Anteil der Probanden, der allein/mit Partner/Familie lebt leicht von 26,3% auf 30,6% an. Der Anteil der Heimbewohner geht von 52,6% auf 40,9% zurück. Parallel dazu steigt der Anteil betreuten Wohnens von 17,5% auf 28,7% an. Dieser Trend vom stationären (Wohnheim) zum ambulanten Typ der Betreuung galt für rückfällige und nicht-rückfällige Probanden (Schmidt-Quernheim, 2011). Der in der Essener Prognose-studie (Seifert, 2007) und in dieser Arbeit diagnosespezifisch ermittelte Befund, dass sich Rückfällige betreuten Wohnformen entziehen, wird in dieser Studie nicht bestätigt. Allerdings weist Schmidt-Quernheim darauf hin, dass auffällige Probanden häufiger in enger betreute Wohnformen rückverlegt wurden, was darauf hinweise, dass bei der Entlassung eine "suboptimale, vor allem zu wenig strukturierte Wohnform gewählt wurde" (Schmidt-Quernheim, 2011).

Fazit: In der Erstkatamnese der Essener Prognosestudie wurde für die diagnosegemischte Gruppe festgestellt, dass vor allem Probanden mit schweren Rückfällen in weniger betreute Wohnformen drängen. Dieses Ergebnis wird in der vorliegenden diagnosespezifischen Zweitkatamnese bestätigt. Der bei den Nicht-Rückfälligen zu beobachtende Trend zu schrittweisen Lockerungen der Wohnbetreuung in Absprache mit den Therapieverantwortlichen hat dagegen keinen negativen Einfluss auf deren Legalprognose, ein Ergebnis, dass durch eine neuere Evaluationsstudie (Schmidt-Quernheim, 2011) gestützt wird.

5. Arbeits- und Beschäftigungssituation: Dass Arbeit im Sinne einer tagesstrukturierenden Tätigkeit einen heilsamen Effekt auf psychische Erkrankungen hat, ist spätestens seit Erscheinen des Buches „Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt“ bekannt (Simon, 1929). Gerade für schizophren Erkrankte stärkt eine auf ihre individuelle Belastbarkeit zugeschnittene Arbeitstherapie und Arbeit durch ihre auf das Konkrete und das Handeln ausgerichtete Struktur den Realitätsbezug, befestigt die persönliche Autonomie und führt nebenbei noch zu vielfältigen sozialen Beziehungen (Leygraf, 1988; Ciompi, 1998).

Umfangreiche epidemiologische Untersuchungen haben immer wieder belegt, dass forensische Patienten in Deutschland überwiegend aus ärmeren Sozialschichten stammen (75,3 %) und vor ihrer Unterbringung nur 16,2% einer Vollbeschäftigung nachgingen.

(Leygraf, 1988; Seifert & Leygraf, 1997). Eine neuere Evaluationsstudie forensischer Ambulanzen in Nordrhein-Westfalen ermittelte, dass 70,7% der Patienten vor ihrer Unterbringung nach § 63 StGB arbeitslos waren (Schmidt-Quernheim, 2011).

Im Zusammenhang der vorliegenden Arbeit stellen sich dann die Fragen, ob Beschäftigungslosigkeit einen Risikomarker für Rückfalldelinquenz darstellt und wie sich die Beschäftigungsquote im poststationären Verlauf bei schizophren Erkrankten entwickelt. Die Erhebung an zwei Messpunkten (Beginn und Ende der Führungsaufsicht) brachte folgende Ergebnisse:

- Zu Beginn der Führungsaufsicht gehen 70,8% der Probanden einer tagesstrukturierenden Tätigkeit nach. Zum Ende der Führungsaufsicht sinkt dieser Wert auf 65,6%.
- Zu Beginn der Führungsaufsicht sind 64,0% der rückfälligen und 72,8% der nichtrückfälligen Probanden in eine tagesstrukturierende Beschäftigung eingebunden. Die Differenz ist statistisch nicht signifikant.
- Im Verlauf der Führungsaufsicht sinkt der Beschäftigungsgrad bei den rückfälligen Klienten auf 48,0%. Bei den Nicht-Rückfälligen bleibt er mit 71,4% stabil. Diese Differenz ist statistisch hochsignifikant.
- Die Beschäftigungsquote sinkt aber nur bei Probanden mit leichten Rückfällen; bei denen mit schweren Rückfällen bleibt sie stabil.
- Eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt finden über die gesamte Katamnesezeit nur 8,3% der Probanden.
- Bei den beschützten Arbeitsverhältnissen (ambulante/stationäre Arbeitstherapie und Werkstatt für Behinderte) gibt es im Verlauf eine Verschiebung von der Arbeitstherapie zu den realitätsnäheren und vergleichsweise besser vergüteten Plätzen in der WfB. Der Anteil der in der WfB Beschäftigten steigt von 6,3% auf 18,8%, während der in einer Arbeitstherapie Tätigen 36,5% auf 25,0% sinkt. Die Anzahl an Probanden innerhalb dieser beiden Beschäftigungsformen bleibt aber insgesamt gleich.

Ein Vergleich dieser Ergebnisse mit denen anderer Untersuchungen hat deren unterschiedliches Studiendesign sowie Stichprobengröße, Diagnosenzusammensetzung, Katamnesedauer und regionale Unterschiede des Arbeitsmarktes zu berücksichtigen. Auch in neueren Untersuchungen wird von einer angestiegenen und hohen Tätigkeitsquote (82,2% - 93,0%) bedingt entlassener forensischer Patienten berichtet (Dimmek & Wiecek, 2011; Schmidt-Quernheim & Seifert, 2014; Bezzel, 2008). Diesem Bereich wird eine bedeutsame und stabilisierende Funktion im Rehabilitationsprozess zugeschrieben. In Übereinstimmung mit den hier vorliegenden Ergebnissen stellen Schmidt-Quernheim & Seifert 2014 aber ebenso fest, dass die Beschäftigungsquote im Lauf der Zeit abnimmt, wobei rückfällige Probanden zu dieser Entwicklung stärker beitragen als nicht-rückfällige; ein Befund, der auch schon in der

Erstkatamnese der Essener Studie erhoben wurde (Haneke, 2005). In der vorliegenden Untersuchung wird dieser Befund diagnosespezifisch differenziert. Hier verursachen die Probanden mit leichteren, nicht-gewalttätigen Rückfalldelikten den Rückgang der Beschäftigungsquote. Übereinstimmend mit Schmidt - Quernheim (2011) und Haneke (2005) findet sich nun die Tendenz, dass zwar die Anzahl der geschützt Beschäftigten (Arbeitstherapie, Werkstatt für Behinderte) insgesamt stabil bleibt, im Verlauf aber eine Verlagerung von der Arbeitstherapie in die realitätsnähere und besser bezahlte Werkstatt für Behinderte stattfindet. Bezüglich einer Tätigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt schaffen im Bundesdurchschnitt im Katamnesezeitraum 1997 bis 2007 laut eigenen Ergebnissen 8,3% der schizophren Erkrankten diesen Schritt, aktuell im Bereich des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe diagnosegemischt 10,5% der forensischen Probanden, die sich in ambulant-forensischer Betreuung befinden (Dimmek & Wiecek, 2011).

Fazit: Der therapeutischen Bedeutung dieses Bereiches angemessen zeigt sich eine hohe tagesstrukturierende Tätigkeitsquote mit im Verlauf leicht absinkender Tendenz. Rückfällige Probanden tragen zu dieser Tendenz verstärkt bei, wobei dies in der vorliegenden Studie die Probanden mit leichten Rückfalldelikten sind. Diese hohe Eingebundenheit in tagesstrukturierende Aktivitäten bedeutet nicht, dass die Probanden von ihrer Tätigkeit finanziell selbstständig leben können. Nur eine Minderheit findet eine Stelle auf dem ersten Arbeitsmarkt.

Als Risikomarker für Rückfalldelinquenz sind Probleme im Arbeitsbereich bei Probanden mit einer schizophrenen Erkrankung nur bedingt tauglich, da sich in der vorliegenden Untersuchung nur für leicht rückfällige Probanden ein statistisch abgesichertes Absinken der Tätigkeitsquote im Verlauf nachweisen ließ.

6. Gesetzliche Betreuung: Wenn auch wegen zu kleiner Erwartungswerte statistisch nicht berechenbar, so ist doch für den Untersuchungszeitraum eine Tendenz sichtbar. Bei Probanden mit leichten Rückfällen kam dieses Instrument nicht zur Anwendung. Bei der Gruppe mit schweren Rückfällen wurde es kaum angewandt und sank im Verlauf von 8,0% auf 4,0%. Bei den gematchten Nicht-Rückfälligen wurde es wesentlich häufiger eingesetzt und stieg von 12,0% auf 24,0% zum Ende der Führungsaufsicht.

Inzwischen scheint dieses Instrument häufiger angewandt zu werden. Spätere Untersuchungen berichten, dass z.B. in Nordrhein-Westfalen 47,5% der bedingt Entlassenen einen gesetzlichen Betreuer haben (Schmidt-Quernheim, 2011). Bayrische Katamneseuntersuchungen ermittelten, dass 70% einer Stichprobe schizophrene Erkrankter und 49% einer gemischtdiagnostischen Stichprobe bedingt Entlassener eine gesetzliche Betreuung hatten (Bezzel, 2008; Butz et al., 2013).

Fazit: Die Anwendung der gesetzlichen Betreuung sinkt im Untersuchungszeitraum bei rückfälligen Probanden (8,0% auf 4,0%) und steigt bei den Nicht-Rückfälligen (12,0% auf 24,0%). Somit kann sie als mögliches poststationäres Prognosekriterium interpretiert werden. Neuere Untersuchungen zeigen einen häufigeren Einsatz dieses Unterstützungs-instrumentes.

5.2.3 Probanden mit gewalttätiger Rückfalldelinquenz

Als schweres Rückfalldelikt wurden solche erneuten Straftaten definiert, die mit Gewalt gegen Personen verbunden waren. Dies trifft auf N=11 Probanden der Stichprobe zu (Ein Tötungsdelikt, 8x Körperverletzung, 2x Eigentumsdelikt mit Gewaltanwendung gegen Personen). Da für sie Berichte der Bewährungshilfe vorliegen, kann diese Gruppe noch einmal speziell analysiert und mit den Probanden mit leichteren Rückfalldelikten (N=14) verglichen werden. So lässt sich herausfinden, ob sie in besonderer Weise von der Bewährungshilfe wahrgenommen werden und welchen Beitrag sie zu den poststationären Risikomerkmalen leisten. Wegen der geringen Gruppengröße können hier keine χ^2 Berechnungen durchgeführt werden. Als Vergleichsmaß wird hier die odds ratio eingesetzt, die die Ausprägung einer Variablen im Vergleich von zwei Gruppen angibt, wobei unterschiedliche Gruppengrößen gewichtet werden.

In Bezug auf die Aktivitäten der Bewährungshilfe unterscheiden sich die Probanden mit schweren Rückfällen von denen mit leichteren in folgenden Punkten:

1. Die Berichte der Bewährungshelfer zu Probanden mit schweren Rückfällen sind länger, häufiger und inhaltlich besser strukturiert als bei allen anderen Probandengruppen (s. Tab. 5, S. 34).
2. Die Anzahl verwarnter Probanden ist in beiden Gruppen gleich (odds ratio=0,98); allerdings erhalten Probanden mit schweren Rückfällen im Verhältnis mehr Warnungen pro Proband (odds ratio 1,61) und es werden bei ihnen auch mehr unterschiedliche Problemfelder benannt (odds ratio 1,52) als bei den Probanden mit leichten Rückfällen (s. Tab. 28, S. 100).

Vergleichbare Ergebnisse finden sich in einer Untersuchung von Kontrolllisten forensischer Ambulanzen. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass bei den psychosekranken Probanden, die als „auffällig mit Handlungsbedarf“ eingestuft wurden, „Probleme bei der Einhaltung von Auflagen“ an erster Stelle der Problemnennungen standen (Dimmek & Wiecek, 2011). Eine andere Evaluationsstudie zeigte, dass das Merkmal „Verstoß gegen Regeln“ bei Rückfälligen häufiger Anlass für eine Krankenhauseinweisung ist als bei Nicht-Rückfälligen (Schmidt-Quernheim, 2011).

3. Bei den Probanden mit schweren Rückfällen werden am Ende der Führungsaufsicht im Vergleich zu denen mit leichteren Rückfällen wesentlich häufiger weitere juristische und/oder therapeutische Maßnahmen empfohlen (odds ratio 2,54).
4. Der Austausch des Helfersystems ist bei dieser Gruppe intensiver. Dabei muss ein intensiverer Austausch nicht immer Ausweis einer besonders guten Zusammenarbeit sein, sondern kann auch Ausdruck unklarer Fallführung sein, die besonders Probanden mit Anteilen einer Persönlichkeitsstörung induzieren können (Schmidt-Quernheim, 2011).

Im Vorfeld schwerer Rückfalldelikte verhalten sich die Bewährungshelfer dieser Probandengruppe gegenüber aktiver. Sie sprechen mehr Warnungen aus und empfehlen häufiger als bei den anderen Probandengruppen weitere juristische und therapeutische Maßnahmen. Sie informieren und aktivieren das Helfersystem und die Strafvollstreckungskammer. Das Ergebnis ihrer Bemühungen führt aber häufig nicht zum gewünschten Erfolg. Zwar wird es immer wieder Probanden geben, die trotz großer Bemühungen aller Beteiligten scheitern. Aber die Analyse legt auch nahe, dass an der Schnittstelle Bewährungshilfe – Strafvollstreckungskammer noch ein Verbesserungspotential im Sinne einer effektiveren Rückfallprophylaxe zu aktivieren ist (s.a. Seifert & Möller-Mussavi, 2005).

Klienten mit schweren Rückfällen tragen, bezogen auf ihre Lebens- und Betreuungspraxis, zu folgenden poststationären Risikomerkmale in besonderer Weise bei:

1. Sie sind fast doppelt so stark an Problemen bei der Neuroleptikacompliance beteiligt (odds ratio 1,92)
2. Sie bevorzugen von Beginn an beim Wohnen die riskanteren/weniger betreuten Möglichkeiten (odds ratio 1,69). Im Verlauf blieb dieses Verhalten stabil.
3. Bei ihnen ist die Suchtproblematik deutlicher ausgeprägt (odds ratio 1,90).
4. Das Instrument der gesetzlichen Betreuung wird bei ihnen im Untersuchungszeitraum kaum angewandt. Zu Ende der Führungsaufsicht liegt es mit 4,0% wesentlich niedriger als bei der gematchten Gruppe der nicht-rückfälligen Probanden mit 24,0% (s.a Tab. 28, S. 100).

Fazit: Probanden mit schweren Rückfalldelikten entziehen sich einer gesetzlichen Betreuung und tragen zu den poststationären Risikofaktoren Neuroleptikacompliance, Wohnsituation und Suchtprobleme mit odds ratios von 1,69 – 1,92 überproportional bei, was die rückfallprophylaktische Bedeutung dieser Variablen unterstreicht.

5.2.4 Unerwartete Ergebnisse

a) Rückfällige und nicht-rückfällige Probanden dieser Stichprobe unterscheiden sich in der Häufigkeit der im Beobachtungszeitraum von der Bewährungshilfe benannten Alkohol- und Drogenproblematiken nicht. Bei etwa 20% der Probanden (5 von 25 Rückfälligen; 15 von 71

Nicht-Rückfälligen) werden mehr oder weniger stark ausgeprägte Suchtprobleme beschrieben. Auch Knarren stellt in ihrer Untersuchung fest, dass nach einer t-a-r von 7,5 Jahren Alkoholkonsum kein Prognosekriterium ist, welches rückfällige von nicht-rückfälligen Probanden unterscheidet (Knarren, 2012). Dies steht zunächst im Gegensatz zu vielen Arbeiten, die einen gesicherten Zusammenhang zwischen Suchtmittelkonsum und vor allem gewalttätiger Delinquenz bei psychischen Erkrankungen nachweisen (Monahan, 2001; Haneke, 2005; Seifert, 2007; Fazel et al., 2009a; Schmidt-Quernheim & Seifert 2014). Bei differenzierter Betrachtung stellt sich aber heraus, dass Probanden mit gewalttätigen Rückfällen fast doppelt so häufig Suchtprobleme haben wie die mit leichteren (odds ratio 1,90; s. Tab A 7, S. 111). Auch wenn dieser Befund auf geringen Fallzahlen beruht, so unterstützt er doch die Hypothese, dass sich ein Suchtmittelkonsum bei schizophren Erkrankten zwar nicht wesentlich auf die allgemeine Rückfalldelinquenz auswirkt, wohl aber auf die mit Gewalttätigkeit verbundene. Damit bleibt diese Variable als Risikomerkmak für Gewaltdelinquenz von Bedeutung. Als Erklärung der teils uneinheitlichen Befunde bieten sich an: a) Bei vielen retrospektiv angelegten Untersuchungen wird meist ein Zusammenhang zwischen unbehandelten psychisch Erkrankten und einem Gewaltdelikt festgestellt. b) Zu Beginn der Unterbringung wird bei 30,2% dieser Probanden ein Substanzmissbrauch diagnostiziert. Nach der bedingten Entlassung wird dieses Problem in den Berichten der Bewährungshilfe dann nur noch bei 20% der Probanden beider Gruppen beschrieben, was als Behandlungserfolg interpretiert werden kann – unter der Voraussetzung, dass dieser Problembereich in den Berichten adäquat beschrieben ist. c) Bei Haneke (2005) und Schmidt-Quernheim (2011) werden zwar auch ambulant behandelte forensische Patienten beschrieben, aber diagnosegemischt. Es ist offen, ob bei anderen Grunderkrankungen wie z.B. einer Persönlichkeitsstörung, ein Suchtmittelmissbrauch deutlicher zu einem Deliktrückfall beiträgt als bei schizophren Erkrankten, von denen auch bekannt ist, dass sie Alkohol nicht selten zur Selbstmedikation einsetzen.

b) Betrachtet man die zeitliche Verteilung der Rückfalldelikte, entspricht sie in etwa dem Verlauf einer Normalverteilungskurve. 13,8% der Rückfälle ereignen sich in den ersten 24 Monaten nach der bedingten Entlassung, 65,5% im 25. bis 48. Monat und 20,7% ab dem 49. Monat. Die schweren Rückfalldelikte häufen sich allerdings in den ersten 24 Monaten und ab dem 49. Monat nach der bedingten Entlassung und zeigen so eine annähernd zweigipfelige Verteilung.

Tab. 26 Zeitliche Verteilung der Rückfalldelikte im Vergleich

Untersuchung	time at risk	Psychiatrische Diagnosen	N	0 – 24 Monate	25 – 48 Monate	49 – 108 Monate
Seifert 2007	3,9 J	alle Diagnosen	55 %	43 78,2%	10 18,2%	2 3,6%
Seifert 2010	7,5 J	alle Diagnosen	101 %	51 50,4%	25 24,8%	25 24,8%
Schmidt-Quernheim 2011	4,4 J	alle Diagnosen	23 %	13 52,1%	9 39,1%	2 8,7%
Lewe 2014	7,5 J	schizophrene Erkrankungen	29 %	4 13,8%	19 65,5%	6 20,7%
		Davon mit schwerem Rückfalldelikt	11 %	4 36,4%	1 9,1%	6 54,5%

Bisherige Untersuchungen zur zeitlichen Verteilung der Rückfalldelinquenz psychisch kranker Rechtsbrecher gehen meist davon aus, dass es eine Häufung von Rückfällen innerhalb der ersten zwei Jahre nach der bedingten Entlassung gibt (Leygraf, 1988; Haneke, 2005; Seifert, 2007; Schmidt-Quernheim, 2011). Abweichend hiervon ergab 1999 eine Befragung von 22 Maßregel - Einrichtungen, die insgesamt 430 forensische Patienten ambulant betreuten, eine zweigipfelige Verteilung der Rückfälle innerhalb der ersten zwei Jahre und nach 4 bis 5 Jahren (Banzer, 2005). Kudlung ermittelt in einer retrospektiven Erfassung der Legalbewährung einer gemischtdiagnostischen Gruppe entlassener forensischer Patienten (N=173), dass sich vor allem gewalttätige Rückfalldelinquenz in den ersten zwei Jahren ereignet (Kudlung, 2007). Schmidt-Quernheim (2011) weist darauf hin, dass Zeiten der Veränderung sozialer und juristischer Rahmenbedingungen bei psychisch erkrankten Menschen das Risiko für Rückfälle erhöhen. So steigen auch bei Seifert (2010) im Vergleich zu Seifert (2007) die Rückfälle diagnosen gemischt ab dem 49. Monat der Führungsaufsicht erheblich an. Aus den hier vorliegenden Daten lässt sich folgern, dass für Probanden mit einer Schizophrenie sowohl die ersten zwei Jahre nach der bedingten Entlassung als auch die Zeit am Ende der Führungsaufsicht als kritische Zeiträume gerade für eine schwere Rückfalldelinquenz einzustufen sind. Ob dies so auch für Probanden mit anderen psychiatrischen Krankheitsbildern gilt, müssten weitere diagnosespezifische Untersuchungen erweisen.

5.2.5 Wirkt stationäre und ambulante forensische Therapie?

Im forensischen Zusammenhang interessieren Allgemeinheit und Politik nicht so sehr die Frage, ob es dem Patienten nach erfolgter Therapie subjektiv bessergeht und er seinen Alltag wieder besser bewältigen kann. „Der kriminologische Aspekt mit der Darstellung der Deliktrückfälligkeit gilt als entscheidende Messgröße für die Wirksamkeit des psychiatrischen Maßregelvollzuges“ (Seifert, 2012).

Absolutes Risiko: N=114 (79,7%) der in dieser Arbeit untersuchten insgesamt 143 schizophren Erkrankten wurden nach einer t-a-r von 7,5 Jahren nicht rückfällig. Eine erneute Eintragung in das Bundeszentralregister erhielten N=29 (21,3%). Davon waren N=18 (12,6%) leichter Art und N=11 (7,7%) mit Gewalt verbundene Rückfalldeliktdelikte (ein Tötungsdelikt, 8x Körperverletzungsdelikte, 2x Eigentumsdelikte mit Gewaltanwendung). Ein Widerruf der bedingten Entlassung und damit eine Rückführung in den geschlossenen Maßregelvollzug wurde bei 15 Patienten ausgesprochen (11x wegen einer erneuten Straftat und 4x wegen Weisungsverstößen).

Relatives Risiko: Aus ethischen und juristischen Gründen können Kontrollgruppen Nicht-Behandelter in der forensischen Psychiatrie nicht gebildet werden, um die Wirksamkeit von Therapien nachzuweisen. Deshalb müssen andere Vergleichsmaßstäbe herangezogen werden. Ein Vergleich mit den Ergebnissen des Strafvollzuges, der als vorrangiges Ziel ebenfalls eine Resozialisierung (§ 2 Abs.1 StVollzG) anstrebt, ist nur bedingt möglich. Klientel, Zugangsvoraussetzungen, Unterbringungsmodalitäten und Rehabilitationsmöglichkeiten unterscheiden sich. So weisen etwa in Deutschland nach einer t-a-r von 4 Jahren 56,4% der erwachsenen und 77,8% der jugendlichen Haftentlassenen eine erneute Eintragung im Bundeszentralregister auf (Seifert, 2010). 17% der erwachsenen sowie 60% der jugendlichen Rückfalldelinquenten werden zu einer erneuten Freiheitsstrafe verurteilt (Kröber, 2006). Untersuchungen in Schweden (Nilsson et al., 2011) und Großbritannien (Moran et al., 2003) kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Ein Vergleich der Legalbewährung von Probanden des Strafvollzuges, der Maßregel der Sicherheitsverwahrung (§ 66 StGB) und der psychiatrischen Maßregel (§ 63 StGB) anhand des Kriteriums „erneuter Freiheitsentzug nach einer Entlassung“ zeigt folgende Rückfallquoten: Nach einer t-a-r von 8,7 Jahren werden 31% der entlassenen Sicherheitsverwahrten, aber 59% einer Kontrollgruppe aus dem Strafvollzug mit einer gleichen Deliktvorbelastung, zu einer erneuten Freiheitsstrafe verurteilt. Bei einer repräsentativen Stichprobe bedingt entlassener Patienten des Maßregelvollzuges kommt es nach einer t-a-r von 7,5 Jahren insgesamt bei 17%, zu einem Widerruf der Aussetzung der Maßregel oder einem erneuten Freiheitsentzug. „Die geschilderten Daten zur Legalbewährung von entlassenen Sicherungsverwahrten und Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzuges weisen ... darauf hin, dass deren Gefährlichkeit häufig überschätzt wird“ (Dessecker, 2012).

Ein interner Beurteilungsansatz ergibt sich aus dem Vergleich von Struktur und Quantität der Unterbringungsdelikte mit den Rückfalldelikten: Der Anteil der Gewaltdelikte geht von 77,6% auf 7,7% zurück. Diese Differenz ist statistisch hoch signifikant (s. Tab. 6, S. 37). Erheblich ist der Rückgang der Tötungsdelikte von N=52 auf N=1. Der Anteil der Körperverletzungsdelikte geht von N=41 auf N=8 zurück. Sexualdelikte mit und ohne Gewaltanwendung und Brandstiftungen treten als Rückfalldelikte nicht mehr auf. Dass eine ambulante Behandlung in der Gemeinde die Wahrscheinlichkeit von Gewaltdelinquenz psychisch Erkrankter senkt, ist schon länger bekannt (Monahan, 2001). Neuere Forschungsarbeiten belegen nun, dass dieser Ansatz auch bei entlassenen forensischen Patienten erfolgreich ist. So kommt eine diagnosegemischte Evaluationsstudie bei mittlerweile verbesserten ambulanten Behandlungsmöglichkeiten zu einem in der Tendenz ähnlichen, aber insgesamt noch verbesserten Ergebnis. In Bezug auf Tötungsdelikte stellt sie einen Rückgang von N=31 auf N=0 und bei Körperverletzungsdelikten einen Rückgang von N=28 auf N=2 fest (Schmidt-Quernheim, 2011). Ein ähnliches Ergebnis berichtet eine bayrische Studie, die bei einer diagnosegemischten Stichprobe nach einer time at risk von 3,6 Jahren und 100%ger ambulanter Sicherungsnachsorge eine Erfolgsquote von 93% ermittelt. Gewaltdelikte kamen im Katamnesezeitraum nicht vor (Butz et al., 2013). Durch die forensische Therapie scheint es auch zu einer Abnahme der Suchtproblematik zu kommen. So wird in der vorliegenden Studie in der Diagnostik im Unterbringungsverfahren bei 30,2% der Probanden ein Suchtproblem festgestellt. Während der bedingten Entlassung tritt diese Problematik dann noch bei 20,8% der Probanden auf.

Eine andere Möglichkeit, die Wirksamkeit forensischer Therapie zu überprüfen, besteht darin, die Deliktarten und Rückfallquoten behandelter forensischer Patienten mit den entsprechenden Werten der Allgemeinbevölkerung zu vergleichen. Hier bieten sich zwei Vergleichsmodi an:

- a) Nach einer t-a-r von 7,5 Jahren wurden für eine repräsentative Stichprobe schizophren erkrankter entlassener Forensikpatienten (§ 63 StGB) eine gewalttätige Rückfalldelinquenz mit N=10 Körperverletzungen und N=1 Tötungsdelikt erhoben. Da diese Gruppe etwa 1/3 der entlassenen Forensikpatienten (§ 63 StGB) repräsentiert, kann man für die Gesamtgruppe der Entlassenen bei einer t-a-r- von 7,5 Jahren von N=30 (N=4 pro Jahr) Körperverletzungsdelikten und N=3 (N=0,4 pro Jahr) Tötungsdelikten ausgehen. Bezogen auf z.B. N= 57429 Körperverletzungsdelikte der strafmündigen Bevölkerung 2011 beträgt dann der Anteil entlassener forensischer Patienten (§ 63 StGB) an dieser Deliktart 0,007%. Bezogen auf N=448 Tötungsdelikte in diesem Jahr beträgt der entsprechende Anteil 0,09%.
- b) Das hier untersuchte Kollektiv ist mit seinen Einweisungs- und Rückfalldelikten repräsentativ für seine Diagnosegruppe. Wenn man die odds ratio für bestimmte Delikt- und

Diagnosegruppen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung kennt, kann man hieraus den Erwartungswert für das Rückfallrisiko nach erfolgter Therapie errechnen (wie viele Delikte dürften bei gleichem Deliktrisiko wie in der Allgemeinbevölkerung in der Untersuchungsgruppe vorkommen) und mit der tatsächlichen Rückfalldelinquenz dieser Diagnosegruppe vergleichen. In der folgenden Tabelle sind beispielhaft die von Haller et al. 2001 ermittelten Werte eingesetzt und mit den Rückfalldelikten der Untersuchungstichprobe verglichen.

Tab. 27 Therapieerfolg bei schizophren erkrankten Rechtsbrechern: Vergleich Rückfallquote nach forensischer Behandlung – Kriminalitätsrate der Allgemeinbevölkerung

Deliktart	N Unterbringungsdelikte	odds ratio schizophren Erkrankte/ Allgemeinbevölkerung	N Erwartete Rückfalldelikte im Vergleich zu Allgem.bev	N Rückfalldelikte nach t-a-r 7,5 J	odds ratio Schizophrene nach Behandlung / Allgemeinbevölkerung
Alle Delikte	143	1,55	92,25	30	: 92,25 = 0,32
Gewaltdelikte	59	3,17	18,16	11	: 18,61 = 0,59
Tötungsdelikte	52	38,10	1,36	1	: 1,36 = 0,73

d.h: die Deliktrate ambulant behandelter schizophren erkrankter forensischer Patienten ist geringer als diejenige der Allgemeinbevölkerung. Diese Werte sollten aber mit Vorsicht interpretiert werden, da Gewaltdelikte statistisch zu den seltenen Ereignissen zählen und die Bedeutung möglicher Konfundierungsfaktoren gerade für Tötungsdelikte noch nicht geklärt ist. Deshalb sind verallgemeinernde Schlüsse auf dieser Basis nur bedingt vorzunehmen (s.a. Kap. 2.2, S. 11).

Den positiven Einfluss einer verbesserten forensisch-ambulanten Nachbetreuung weist erstmals eine Evaluationsstudie aus dem Bundesland Nordrhein-Westfalen nach (Schmidt - Quernheim, 2011). Die in der Essener prospektiven Studie ermittelten Rückfallquoten wurden in der Zeit von 1997 – 2007 erhoben. Erste forensische Nachsorgeambulanzen entstanden zwar schon 1987 in Berlin und 1988 in Hessen. Aber noch 2001 wurde bei einem ersten Treffen einer bundesweiten Arbeitsgruppe „forensische Nachsorge“ festgestellt, dass die „ambulante Nachsorgesituation je nach Bundesland höchst unterschiedlich konzipiert und insgesamt spärlich ausgebaut war“ (Seifert et al., 2003; Schmidt-Quernheim, 2011). Etwa zu dieser Zeit wurden die Probanden der vorliegenden Untersuchung ambulant behandelt, ihre Rückfallquote für Gewaltdelikte betrug 7,7%. Mittlerweile hat sich die Versorgungslandschaft weiterentwickelt. Für das Bundesland Nordrhein-Westfalen existiert ein flächendeckendes Netz forensischer Nachsorgeambulanzen. In seiner Evaluationsstudie der ambulanten

Nachsorge forensischer Patienten in diesem Bundesland ermittelte Schmidt-Quernheim (2011) anhand einer repräsentativen Stichprobe nach einer t-a-r von 5,6 Jahren für eine diagnosegemischte Gruppe (Anteil schizophren Erkrankter: 56,6%) eine Rückfall-delinquenz für Gewalt- und Sexualdelikte von 1,7%. Eine bayrische Studie zur ambulanten Sicherungsnachsorge (Anteil schizophren Erkrankter: 59,0%) stellt nach einem Katamnesezeitraum von 3,6 Jahren keine gewalttätige Rückfalldelinquenz fest (Butz et al., 2013). Wenn sich diese Ergebnisse über einen längeren Zeitraum als stabil erwiesen, spräche dies für die Effektivität der ambulant forensischen Behandlung für schizophren erkrankten Patienten.

Kriminologische attributable risks: In der sozialen Schichtung der Untersuchungsgruppe (N=143) sind die unteren Sozialschichten im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt überrepräsentiert, was aber auch für die soziale Schichtung bei den Unterbringungsanordnungen zutrifft. Obwohl also die bedingt Entlassenen überwiegend männlich und eher arm sind, ist ihre Deliktrate im Vergleich zur strafmündigen Bevölkerung geringer. Das mag auch an ihrem höheren Lebensalter und der insgesamt wesentlich besseren sozialen und teilweise beschützten Integration nach der Entlassung liegen. Aus dem hier vorliegenden Untersuchungsmaterial lassen sich aber keine statistisch abgesicherten Aussagen zu diesem Themenkomplex ableiten.

Psychiatrische attributable risks: Von den N=96 Probanden, für die Berichte der Bewährungshilfe vorlagen, hatten N=29 eine Zusatzdiagnose Suchtmittelabhängigkeit und N=2 eine zusätzliche Persönlichkeitsstörung. Zu letzterer lassen sich wegen der geringen Anzahl keine Aussagen machen. Der Einfluss einer Suchtmittelabhängigkeit auf die gewalttätige Rückfalldelinquenz in dieser Stichprobe ist aber bei gewalttätiger Rückfalldelinquenz nachweisbar, lässt sich gegenüber der Primärdiagnose aber nicht genau abgrenzen oder quantifizieren.

5.3 Gelungene poststationäre Rehabilitation

Festzuhalten ist, dass bei forensischen Probanden mit einer schizophrenen Erkrankung nach strengen Maßstäben zu 79,7% die Wiedereingliederung deliktfrei gelingt, bei 12,6% verläuft sie mit leichteren Rückfalldelikten und 7,7% scheitern mit gewalttätigen Deliktrückfällen. Die Berichte der Bewährungshelfer über erfolgreiche Verläufe zeigen aber auch, dass diese individuell sehr unterschiedlich sind. Es gibt eine Reihe von Probanden, die über Jahre in Heimen oder auf Langzeitstationen psychiatrischer Krankenhäuser ein recht unspektakuläres Leben führen. Etlichen Probanden gelingt in einem strukturierten forensisch-ambulanten Setting ein Leben ohne größere Krisen oder Krankheitsrezidive. Es gibt aber auch positive Bewährungsverläufe, die häufig von Krisen und Krankheitsrezidiven gekennzeichnet sind. Die Suche nach einem individuell angemessenen Platz im poststationären Setting gestaltet sich

hier erst nach mehreren Versuchen mit der Bewältigung intensiverer Krisen und kurzfristigen stationären Behandlungen erfolgreich. Somit lassen sich aus der jetzigen Untersuchung ähnliche Erkenntnisse gewinnen, wie sie bereits in der bislang einzigen empirischen Untersuchung über den Lebensweg ehemaliger forensischer Patienten formuliert wurden: „Der ganz entscheidende Eindruck war bei der Nachuntersuchung, dass man es bei forensischen Patienten diagnoseunabhängig mit einem Spektrum höchst verschiedener, zumeist mehrfach beeinträchtigter Menschen zu tun hat, die für ein ungestörtes, sozial akzeptiertes Leben eben auch sehr verschiedenartige individuelle Lebensräume benötigen“ (Adler et al., 1997).

Der Übergang von der stationären zur poststationären Behandlung weist eine Reihe von Belastungsfaktoren auf, auf die die Probanden je nach persönlicher Voraussetzung, Ausmaß der erworbenen Hospitalisierungsschäden (die Probanden dieser Stichprobe waren im Durchschnitt 5,6 Jahre stationär im Maßregelvollzug untergebracht) und Auswirkung der Erkrankung individuell reagieren.

- Für viele Probanden ist dieser Schritt zunächst mit einem Gefühl großer Erleichterung verbunden, sie wissen nicht, bzw. können zu dem Zeitpunkt noch nicht recht antizipieren, wie sie auf die Herausforderungen der neuen Lebenssituation reagieren.
- Nach meist jahrelanger Behandlung und kustodialer Vollversorgung in der Forensik ist vielen Patienten nicht mehr bewusst, dass größere Selbstständigkeit auch mehr Belastung und Stress bedeuten kann.
- Vielen Probanden sind die strukturellen Veränderungen im Arbeitsleben fremd und sie sind ungeübt im Umgang mit den neuen Kommunikationsmitteln.
- Nicht jede Wohnform erweist sich im ersten Schritt nach der Beurlaubung als die persönlich angemessene.
- Für viele Probanden ist es gewöhnungsbedürftig, sich nicht nur als psychisch Kranker, sondern auch als (ehemaliger) forensischer Patient wieder in der Öffentlichkeit zu bewegen.
- Erst im poststationären Setting stellt sich deutlicher heraus, welche Nachwirkungen bezüglich Stressbelastbarkeit und Durchhaltevermögen die psychische Erkrankung und die langjährige Unterbringung in einer totalen Institution hinterlassen haben.
- Die mit deutlicher Mehrbelastung verbundene und veränderte Lebenssituation bedarf u.U. einer Neujustierung der neuroleptischen Medikation, die am besten in einer vertrauensvollen Arzt - Patient Beziehung gelingt.

Die am Nachsorgeprozess Beteiligten sollten von diesen Belastungsfaktoren wissen und gemeinsam mit dem Probanden erarbeiten, wie er mit ihnen umgehen kann, ohne rückfällig

zu werden. Dabei bewährt es sich, Veränderungen nur in einem Bereich anzugehen, z.B. eine neue Wohnform zu erproben, aber nicht gleichzeitig Veränderungen auf der Arbeitsachse anzustreben. Zusätzlich sollte „der Zeitpunkt eines Wechsels ... vorzugsweise nicht mit einem Wechsel der juristischen Rahmenbedingungen ... zeitlich zusammenfallen“ (Schmidt-Quernheim, 2011). Auch dann werden, wie die Praxis zeigt, bei manchen Probanden Krisen auftreten. Die Auswertung der Bewährungshelferberichte der untersuchten Stichprobe zeigt, dass psychotische Krisen bei rechtzeitiger stationärer Behandlung in der Allgemeinpsychiatrie ohne Deliktrückfall zu behandeln sind, wenn sie in einem gut zusammenarbeitenden Helfersystem frühzeitig erkannt werden. Schmidt Quernheim (2011) stellt in seiner Studie fest, dass die Nicht-Rückfälligen eine höhere Anzahl von Krankenhauseinweisungen aufwiesen. Diese wirkten dann besonders rückfallpräventiv, wenn sie im Einvernehmen mit dem Probanden erfolgen konnten. Dies setzt voraus, dass der Proband in seinem Helfernetz Personen hat, denen er auch in Krisenzeiten vertraut (Adler et al., 1997; Estroff & Zimmer, 1994). Derartige Krise können dann mitunter den Blick für neue, bzw. passendere therapeutische Wege öffnen. So signalisierte beispielsweise ein Proband durch eine psychotische Dekompensation, dass die ihm vorgeschlagenen und von ihm ausprobierten Wohnformen nicht seinen (Schutz-) Bedürfnissen entsprachen. Erst in einer Familienpflege fand er seinen Platz, so dass ab dem Zeitpunkt keine weiteren größeren Krisen mehr auftraten. Im Fall eines anderen Probanden, der vor der strafrechtlichen Unterbringung eine gut dotierte Arbeitsstelle in der Informatikbranche innehatte, lässt sich ein ähnlicher Verlauf beobachten. Nach seiner bedingten Entlassung versuchte er mit großem Einsatz durch Praktika, Schulungen und verschiedene Arbeitserprobungen an sein vorheriges (Arbeits-) Leben wieder anzuknüpfen. Erst nach einer ernsthaften stationär behandelten psychotischen Krise, in der er auch suizidale Gedanken äußerte, konnte er sich auf einen anderen Weg einlassen. Er engagierte sich ehrenamtlich in einem psychosozialen Hilfsverein, entwickelte für diesen Computerprogramme und fand in dieser Betätigung eine sinnvolle Aufgabe, die dank der deutlich geringeren Stressbelastung für ihn angemessener war.

Die in dieser Studie ermittelten poststationären Risikofaktoren können die Akteure des Helfersystems dabei unterstützen, ein fachlich fundiertes Dokumentationssystem zu entwickeln und ihre Arbeit auf Schwerpunkte zu konzentrieren, die nachweislich die Wahrscheinlichkeit von Rückfalldelikten schizophren erkrankter Menschen reduzieren.

Tab. 28 Signifikante poststationäre Risikofaktoren und Risikomerkmale, zu denen schwer rückfällige Probanden in besonderer Weise beitragen

Variable	Rückfällige/ Nicht-Rückfällige gematcht (N=25/25)	Rückfällige/ Nicht- Rückfällige gesamt (N=25/71)	Odds ratio schwer Rückf./leicht Rückfällige (N=11/14)
Probleme bei der Arztcompliance	Nicht berechenbar	signifikant	1,20
Probleme bei der Neuroleptika-compliance	hoch signifikant	hoch signifikant	1,92
Wohnsituation zu Beginn Führungsaufsicht wenig kontrollierbar	hoch signifikant	signifikant	1,69
Suchtprobleme im Verlauf	nicht signifikant	nicht signifikant	1,90
Anzahl der durch die Führungsaufsicht Verwarnten	hoch signifikant	signifikant	1,61
Benennung mehrerer Problemfelder pro Proband	nicht signifikant	signifikant	1,52
Insgesamt problematischer Verlauf	hoch signifikant	hoch signifikant	1,10
Empfehlung weiterer therapeutisch/juristischer Maßnahmen	nicht signifikant	signifikant	2,54

5.4 Empfehlungen

Die Bewährungshilfe arbeitet an der Schnittstelle zwischen der Strafvollstreckung als Weisungs- und Sanktionierungssystem und dem Helfersystem des jeweiligen forensischen Probanden. Die Analyse ihrer Berichte und ihrer Beziehungen zu den anderen Akteuren des Helfer- und Kontrollsystems zeigt, dass sie bei Probanden mit (schweren) Rückfällen ausführlicher dokumentiert und das Helfer- und Sanktionssystem stärker aktiviert. Um dieses Potential besser zur Senkung der Rückfalldelinquenz zu nutzen, können folgende Aktivitäten entwickelt werden:

1. Der Bewährungshelfer sollte weniger als „Einzelkämpfer“, denn als Organisator der Zusammenarbeit der verschiedenen Helfer agieren.
2. Die Strafvollstreckungskammer sollte besser in die begleitende Arbeit mit den Probanden eingebunden werden.
3. Das Helfer- und Sanktionssystem sollte Warn- und Problemmeldungen der Bewährungshilfe frühzeitiger zur Intervention nutzen, um Krisen mit weniger Aufwand und Freiheitseinschränkung bewältigen zu können. Bewährt hat sich hier die Einrichtung regelmäßiger Helferrunden.

4. Die Berichterstattung sollte nach einheitlichen, wissenschaftlich begründeten Kriterien strukturiert sein (z.B. Arzt- und Neuroleptikacompliance, Wohnsituation, Tagesstruktur/Arbeit, legale und illegale Drogen, problematischer Verlauf in der Bewährungshilfe)
5. Daraus folgernd könnten folgende Maßnahmen zu einer Professionalisierung forensischer Nachsorge im Sinne eines erfolgreichen Risikomanagements beitragen:
 - Eine Überprüfung von Struktur und inhaltlichen Vorgaben des Berichtswesens.
 - Gemeinsame Fortbildung der am Hilfs- und Kontrollprozess Beteiligten, in der ein Grundverständnis über juristische und forensisch-psychiatrische Inhalte vermittelt und neue Erkenntnisse wissenschaftlicher Forschung dargestellt werden.
 - Benennung und Schulung forensischer Ansprechpartner bei den Trägern der Hilfe und Betreuung (so genannte komplementäre Einrichtungen).
 - Die Erarbeitung von Weisungen in ihrer Leitplanken- und Frühwarnfunktion sollte möglichst schon vor der bedingten Entlassung (gemäß § 67d Abs. 2 StGB) gemeinsam mit dem Probanden, seinem Bezugstherapeuten und -pflegern sowie dem Bewährungshelfer und dem zuständigen Richter erfolgen.
 - Individuelle Frühwarnzeichen und das nach den Ergebnissen dieser Arbeit erstellte poststationäre Risikoprofil schizophrener Patienten sollten bei der Erstellung individueller Weisungen und bei weiteren Rehabilitationsschritten Berücksichtigung finden. So können Krisen früher erkannt und mit weniger Aufwand für alle Beteiligten bearbeitet werden (Fluttert et al., 2004).

Aus wissenschaftlicher Sicht wäre darüber hinaus zu empfehlen, die Untersuchung poststationärer Risikomerkmale mit reliableren Untersuchungsinstrumenten an größeren Stichproben und über einen längeren Katamnesezeitraum fortzuführen, um die hier analysierten Risikofaktoren auf eine fundiertere empirische Grundlage zu stellen. Die Entwicklung eines wissenschaftlich begründeten und praktikablen Instrumentes zur Einschätzung des Rückfallrisikos und zur Ermittlung individueller Behandlungsziele und Betreuungsbedarfe entlassener forensischer Patienten zwecks Senkung des Rückfallrisikos wäre ein lohnenswertes Ziel. Die Erforschung und Einbeziehung des Erfahrungswissens der Probanden selbst würde Theorie und Praxis des Maßregelvollzuges bereichern.

6. Zusammenfassung

Die Arbeit ist eine Nachuntersuchung der multizentrischen prospektiven Essener Prognosestudie im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB (Seifert, 2007). Sie untersucht diagnosespezifisch nach einem Katamnesezeitraum von 7,5 Jahren den poststationären Verlauf einer repräsentativen Gruppe (N=143) schizophren erkrankter Patienten (ICD 10 F. 20-25) unter zwei Leitfragen: 1) Wie sieht der poststationäre Verlauf forensischer Patienten mit einer schizophrenen Psychose aus? Dazu wurden Berichte der Bewährungshilfe und Auszüge aus dem Bundeszentralregister ausgewertet und typische Kasuistiken erstellt. 2) Lassen sich neben den historisch/biografischen und klinischen Kriterien poststationäre Risikofaktoren ermitteln, deren Kenntnis und Bearbeitung zur Reduzierung der Rückfalldelinquenz beiträgt? Dazu wurden Verlaufsdaten deliktrückfälliger Probanden mit einer gematchten Gruppe Nicht-Rückfälliger und der Gesamtgruppe der Nicht-Rückfälligen verglichen. Ergebnisse: In Bezug auf *Aktivitäten und Informationen der Bewährungshilfe* unterscheiden sich rückfällige von nicht-rückfälligen Probanden durch die größere Anzahl der Verwarnten und die häufigere Beschreibung problematischer Verläufe. Probanden mit schweren Deliktrückfällen weisen eine größere Anzahl von Warnungen auf, bei ihnen werden häufiger mehrere Problemfelder benannt und weitere therapeutische und/ oder juristische Maßnahmen zum Ende der Führungsaufsicht empfohlen. In ihrer *Lebens- und Betreuungspraxis* unterscheiden sich rückfällige von nicht-rückfälligen Probanden durch eine unzureichende Arztcompliance, vermehrte Probleme beim psychischen Befinden und eine absinkende Beschäftigungsquote. Rückfällige mit Gewaltdelinquenz zeigen häufiger Probleme bei der Neuroleptikacompliance, sie bevorzugen stressbelastete und weniger kontrollierbare Wohnformen, sie haben verstärkt Suchtprobleme. Eine gesetzliche Betreuung wird bei ihnen trotz größerer Probleme im poststationären Verlauf seltener eingerichtet. Ihre Delikte ereignen sich in den ersten zwei Jahren und zum Ende der Führungsaufsicht. Auch die Verläufe von rückfallfreien Probanden können krisenhaft sein und mit stationär zu behandelnden Krankheitsrezidiven einhergehen. Eine vertrauensvolle Beziehung zu einem Mitarbeiter im Helfernetz ermöglicht hier eine niedrigschwellige und rückfallvermeidende Krisenintervention. *Empfehlungen:* Die Berücksichtigung der ermittelten poststationären Risikofaktoren bei der Erarbeitung von Weisungen, bei der Dokumentation und in der Arbeit aller am Rehabilitationsprozess Beteiligten kann die Rückfalldelinquenz dieser Probandengruppe senken. Wissenschaftliche Untersuchungen zum poststationären Verlauf forensischer Patienten aller praxisrelevanten Diagnose- und Deliktgruppen mit reliableren Erhebungsinstrumenten und längeren Katamneszeiten können die Erkenntnisse zu poststationären Risikofaktoren auf eine fundiertere Basis stellen und einen bedeutsamen Beitrag zur Senkung der Rückfalldelinquenz leisten.

7. Literaturverzeichnis

1. Adler, L.; Helms, W.; Anis, S.; Poggel-Gerlach, M.; Rebling, M.; Jahnke, B. (1997): Lebenswege nach § 63 StGB untergebrachter Patienten. Katamnese mit Extremgruppenvergleich. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 4 (1), S. 5–32.
2. Angermeyer, M.; Matschinger, H.; Schomerus, G. (2013): Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *The British Journal of Psychiatry* 203 (2), S. 146–151.
3. Arseneault, L.; Moffit, T.; Caspi, A.; Taylor, P.; Silva, P. (2000): Mental Disorders and Violence in a Total Birth Cohort. Results From the Dunedin Study. *Arch Gen Psychiatry* (57), S. 979–986. Online verfügbar unter www.archgenpsychiatry.com, zuletzt geprüft am 29.04.2012.
4. Banzer, K. (2005): Ambulante Therapie psychisch kranker Straftäter. Dissertation. Friedrich Alexander Universität Erlangen-Nürnberg. Philosophische Fakultät I/II.
5. Bezzel, A. (2008): Therapie im Maßregelvollzug - und dann? Eine Verlaufsuntersuchung an forensischen Patienten (§§ 63 und 64 StGB). Dissertation. Universität Regensburg, Regensburg. Philosophische Fakultät II. Online verfügbar unter d-nb.info/992102782/34/, zuletzt geprüft am 09.02.2014.
6. Breternitz, S. (2007): Bewährungsberichte zwischen Dreizeiler und Roman. Rechtliche Grundlagen, Zweck, Inhalt und Gestaltung. *Bewährungshilfe* 54 (2), S. 111–139.
7. Butz, M.; Mokros, A.; Osterheider, M. (2013): Ambulante Sicherungsnachsorge für Maßregelvollzugspatienten: Ergebnisse des zweiten bayerischen Modellprojekts. *Psychiatrische Praxis* 40, S. 36–42.
8. Ciompi, L. (1998): Affektlogik. Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung; ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. 5., um ein Vorw. erw. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta (Konzepte der Humanwissenschaften).
9. Dahle, K.; Harwardt, F.; Schneider-Njepel, V. (2011): LSI-R Inventar zur Einschätzung des Rückfallrisikos und des Betreuungs- und Behandlungsbedarfs von Straftätern. Deutsche Version des Level of Service Inventory - Revised nach Don Andrews und James Bonta. Hogrefe Göttingen.
10. Dessecker, A. (2012): Gefährlichkeit aus sanktionsrechtlicher und kriminologischer Sicht. *Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* 19 (2), S. 109–121.
11. Dimmek, B.; Duncker, H. (1996): Zur Rückfallgefährdung durch Patienten des Maßregelvollzuges. *Recht & Psychiatrie* (14), S. 50–56.
12. Dimmek, B.; Wiecek, S. (2011): Die "Kontrollliste zur Risikobewertung in der ambulanten forensischen Nachsorge gem. §§ 63 und 64 StGB": Entwicklung, Einführung und Evaluation - Abschlussbericht. Landschaftsverband Westfalen - Lippe Maßregelvollzugsabteilung. Münster.
13. Dörner, K.; Plog, U.; Teller, C.; Wendt, F.; Bargfrede, H. (2007): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Neuausg. 2002, 3. korrigierte Aufl. 2007. Bonn: Psychiatrie-Verlag
14. Eronen, M.; Angermeyer, M.; Schulze, B. (1998): The psychiatric epidemiology of violent behaviour. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (33), S. S13-S23.
15. Eronen, M.; Tiuhonen, J.; Hakola, P. (1996): Schizophrenia and Homicidal Behavior. *Schizophrenia Bulletin* 22 (1), S. 83–89.

16. Estroff, S.; Zimmer, C. (1994): Social Networks, Social Support, and Violence among Persons with Severe, Persistent Mental Illness. In: John Monahan und Henry J. Steadman (Hg.): Violence and mental disorder. Developments in risk assessment. Chicago: Univ. of Chicago Press (The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development), S. 259–295.
17. Fazel, S.; Grann, M. (2004) Psychiatric Morbidity Among Homicide Offenders: A Swedish Population Study *American Journal of Psychiatry* (161) S. 2129–2131
18. Fazel, S.; Grann, M. (2006): The Population Impact of Severe Illness on Violent Crime. *American Journal of Psychiatry* (163), S. 1397–1403.
19. Fazel, S.; Langström, N.; Hjern, A.; Grann, N.; Lichtenstein, P. (2009a): Schizophrenia, Substance Abuse, and Violent Crime. *Journal of the American Medical Association* (301), S. 2016–2023.
20. Fazel, S.; Gulati, G.; Linsell, L.; Geddes, J. R.; Grann, M. (2009b): Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS Medicine* August 2009 6/8: e1000120 doi: 10.1371/journal.pmed.1000120
21. Fazel, S.; Buxrud, P.; Ruchkin, V.; Grann, M. (2010): Homicide in discharged patients with schizophrenia and other psychoses: a national case control study (*Schizophrenia Research*, 123). Online verfügbar unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20805021>.
22. Fazel, S.; Zetterqvist, J.; Larsson, H.; Långström, N.; Lichtenstein, P. (2014): Antipsychotics, mood stabilisers, and risk of violent crime. *The Lancet* 384 (9949), S. 1206–1214. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60379-2.
23. Field, A. (2009): Discovering statistics using SPSS. (and sex and drugs and rock'n'roll). 3. ed., reprinted 2009 (twice). Los Angeles, Calif.: Sage.
24. Flutterm, F.; van Meijel, B.; Grypdonk, G. (2004): Das Programm zur Früherkennung und Intervention. Ein pflegerisches Konzept. Vortrag Eickelborner Fachtagung. Fachklinik für forensische Psychiatrie. Eickelborn, 2004.
25. Friedrichs, J. (1999): Methoden empirischer Sozialforschung. 15. Aufl. Opladen: Westdt. Verl. (WV-Studium Sozialwissenschaft, 28).
26. Gaebel, W.; Wölwer, W. (2010): Schizophrenie. Hg. v. Robert Koch Institut. Berlin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 50). Online verfügbar unter www.gbe-bund.de/gbe 10, zuletzt geprüft am 23.02.2015.
27. Hahn, G. (Hg.) (2010): Ambulante Täterarbeit. Intervention, Risikokontrolle und Prävention. Bonn: Psychiatrie-Verlag
28. Haller, R.; Kemmler, G.; Kocsis, E.; Maetzler, W.; Prunlechner, R.; Hinterhuber, H. (2001): Schizophrenie und Gewalttätigkeit. Ergebnisse einer Gesamterhebung in einem österreichischen Bundesland. *Der Nervenarzt* 72, S. 859–866.
29. Haneke, J. (2005): Bewährungshelfer - Berichte als Informationsquelle: Wiedereingliederung psychisch kranker Straftäter. Diplomarbeit. Ruhr - Universität, Bochum. Fakultät für Psychologie.
30. Hodgins, S.; Müller-Isberner, R. (2014): Schizophrenie und Gewalt. *Der Nervenarzt* 85 (3), S. 273–278.
31. Illigen, M. (2011): Ich oder Ich. [die wahre Geschichte eines Mannes, der seinen Vater getötet hat]. 1. Auflage Wien: Edition A.
32. joh (22.12.12): Adoptiv-Vater fast erdrosselt. Psychisch Kranker Bielefelder unter Auflagen frei. In: *Neue Westfälische*, 22.12.12 (Bielefeld Stadt).

33. Kleiber, D.; Meixner, S. (2000): Aggression und Gewaltdelinquenz bei Kindern und Jugendlichen. *Gesprächspsychotherapie und personenzentrierte Beratung* 30 (3), S. 191–205.
34. Knarren, A. (2012): Die Bedeutung klinischer Prognosekriterien bei der Gefährlichkeitseinschätzung psychisch kranker Straftäter. Dissertation. Medizinische Fakultät der Universität Duisburg-Essen. Institut für Forensische Psychiatrie.
35. Koob-Sodtke, G. (2010): Bewährungshilfe - ambulante Täterarbeit im Zwangskontext. In: Gernot Hahn (Hg.): Ambulante Täterarbeit. Intervention, Risikokontrolle und Prävention. Bonn: Psychiatrie-Verl., S. 226–252.
36. Kröber, H.L. (2006): Kriminalprognostische Begutachtung. In: Kröber, H.L.; Dölling, D.; Leygraf, N.; Saß, H. (Hg.): Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Bd. 3 Psychiatrische Kriminalprognose und Kriminalitätstherapie. Heidelberg Steinkopff S. 69-172
37. Kröber, H. L. (2009): Zusammenhänge zwischen psychischer Störung und Delinquenz. In: Kröber, H.L.; Dölling, D; Leygraf, N; Saß, H. (Hg.): Handbuch der Forensischen Psychiatrie. Band 4 Kriminologie und Forensische Psychiatrie. Heidelberg: Steinkopff, S. 321–337.
38. Kudlung, R. (2007): Erneute Straffälligkeit nach Unterbringung im psychiatrischen Maßregelvollzug. *Bewährungshilfe* 54 (1), S. 66–79.
39. Kutscher, S.U.; Seifert, D. (2007): Zur aktuellen Situation schizophrener Patienten im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB in Nordrhein-Westfalen. In: Saimeh, N. (Hg.): Maßregelvollzug in Zeiten ökonomischer Begrenzung. Forensik 2007. Eickelborner Fachtagung. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl., S. 130–137.
40. Kutscher, S.U; Schiffer, B.; Seifert, D. (2009): Schizophrene Patienten im psychiatrischen Maßregelvollzug (§ 63 StGB) Nordrhein-Westfalens; Entwicklungen und Patientencharakteristika. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 77, S. 91–96.
41. Laue, C. (2008): Die Entwicklung der Tötungsdelikte in Deutschland. *Forensische Psychiatrie Psychologie Kriminologie* 2 (2), S. 2–10.
42. Leygraf, N.; Windgassen, K. (1988): Betreuung oder Überwachung: Was benötigen entlassene Patienten des psychiatrischen Massregelvollzuges. *Bewährungshilfe* 35 (3), S. 341–351.
43. Leygraf, N. (1988): Psychisch kranke Straftäter. Epidemiologie und aktuelle Praxis des psychiatrischen Maßregelvollzugs. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie, Bd. 53 Berlin, Heidelberg Springer-Verlag
44. Leygraf, N. (2006): Psychisch kranke Rechtsbrecher. In: H. -L Kröber, D. Dölling, N. Leygraf, H. Sass (Hg.): Handbuch der Forensischen Psychiatrie Band 3, 1. Aufl. s.l.: Steinkopff (3), S. 255–270.
45. Matejkowski, J.; Cullen, S.; Solomon, P. (2008): Characteristics of Persons With Severe Mental Illness Who Have Been Incarcerated for Murder. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* (36), S. 74–86.
46. Mayring, P. (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10., neu ausgestattete Aufl., Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik).
47. McGrath, J. (2006): Variations in the incidence of schizophrenia: data versus dogma. *Schizophrenia Bulletin* 32 (1), S. 195–197. DOI: 10.1093/schbul/sbi052.

48. Modestin, J.; Ammann, R. (1996): Mental Disorder and Criminality: Male Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 22 (1), S. 62–82.
49. Monahan, J.; Steadman, H. (Hg.) (1994): Violence and mental disorder. Developments in risk assessment. Chicago: Univ. of Chicago Press (The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development).
50. Monahan, J. (2001): Rethinking risk assessment. The MacArthur Study of mental disorder and violence. Oxford, New York: Oxford University Press.
51. Moran, P.; Walsh, E.; Tyrer, P.; Burns, T.; Creed, F.; Fahy, T. (2003): Impact of comorbid personality disorder on violence in psychosis. *The British Journal of Psychiatry* (182), S. 129–134.
52. Mutz, J. (2007): Berichte und Mitteilungen des Bewährungshelfers. Anmerkungen aus der Sicht eines Straf- und Jugendrichters. *Bewährungshilfe* 54 (2), S. 140–146.
53. Nilsson, T.; Wallinius, M.; Gustavson, C.; Anckarsäter, H.; Kerekes, N. (2011): Violent Recidivism: A Long-Time Follow-Up Study of Mentally Disordered Offenders *PLoS ONE* 6(10): e25768. doi:10.1371/journal.pone.0025768
54. Peay, J. (2011): Mental health and crime. New York, NY: Routledge (Contemporary issues in public policy).
55. Piontek, K.; Kutscher, S. U.; König, A.; Leygraf, N. (2012): Prädeliktische Behandlungswege schizophrener Patienten der forensischen Psychiatrie. Ein Vergleich mit schizophrenen Patienten der Allgemeinpsychiatrie. *Der Nervenarzt*, S. 55–64.
56. Rice, M.; Harris, G. (1995): Psychopathy, Schizophrenia, Alcohol Abuse, and Violent Recidivism. In: *International Journal of Law and Psychiatry* 18 (3), S. 333–342.
57. Richard-Deventoy, S.; Chocard, A.; Bourdel, M.; Gohier, B.; DufLOT, J-P; Lhuillier, J.; Garré, J. (2009): Homicide et maladie mentale grave: quelles sont les différences sociodémographiques, cliniques et criminologiques entre des meurtriers malades mentaux graves et ceux indemnes de troubles psychiatriques? In: *Encephale* 35 (4), S. 304–314.
58. Richards, A. (2014): Schizophrenia and Violent Offending: The importance of co-morbid diagnoses. Online verfügbar unter *academia.edu*, zuletzt geprüft am 15.10.2014.
59. Rusche, Stefan (2004): In Freiheit gefährlich? Eine Untersuchung zu Häufigkeit und Gründen falscher Kriminalprognosen bei psychisch kranken Gewaltverbrechern. 1. Aufl. Regensburg: Roderer (Theorie und Forschung Psychologie, 244).
60. Schmidt-Quernheim, F. (2011): Evaluation der ambulanten Nachsorge forensischer Patienten (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. Dissertation Universität Duisburg-Essen Fakultät für Bildungswissenschaften. Institut für Psychologie
61. Schmidt-Quernheim, F.; Seifert, D. (2014): Evaluation der ambulanten Nachsorge forensischer Patienten (§ 63 StGB) in Nordrhein-Westfalen. *Der Nervenarzt* 85(9) S. 1133–1143
62. Seifert, D.; Bolten, S.; Jahn, K.; Möller-Mussavi, S. (2001): Berichte der Bewährungshilfe. Datenquelle für die Katamnese einer prospektiven Prognosestudie im Maßregelvollzug gemäß § 63 StGB. *Bewährungshilfe* (1/2001), S. 56–66.
63. Seifert, D.; Schiffer, B.; Leygraf, N. (2003): Plädoyer für die forensische Nachsorge. Ergebnisse einer Evaluation forensischer Ambulanzen im Rheinland. *Psychiatrische Praxis* (30), S. 235–241.
64. Seifert, D.; Möller-Mussavi, S. (2005): Aktuelle Rückfalldaten der prospektiven Prognosestudie. Werden Deliktrückfälle forensischer Patienten (§ 63 StGB) seltener? *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* (73), S. 16–22.

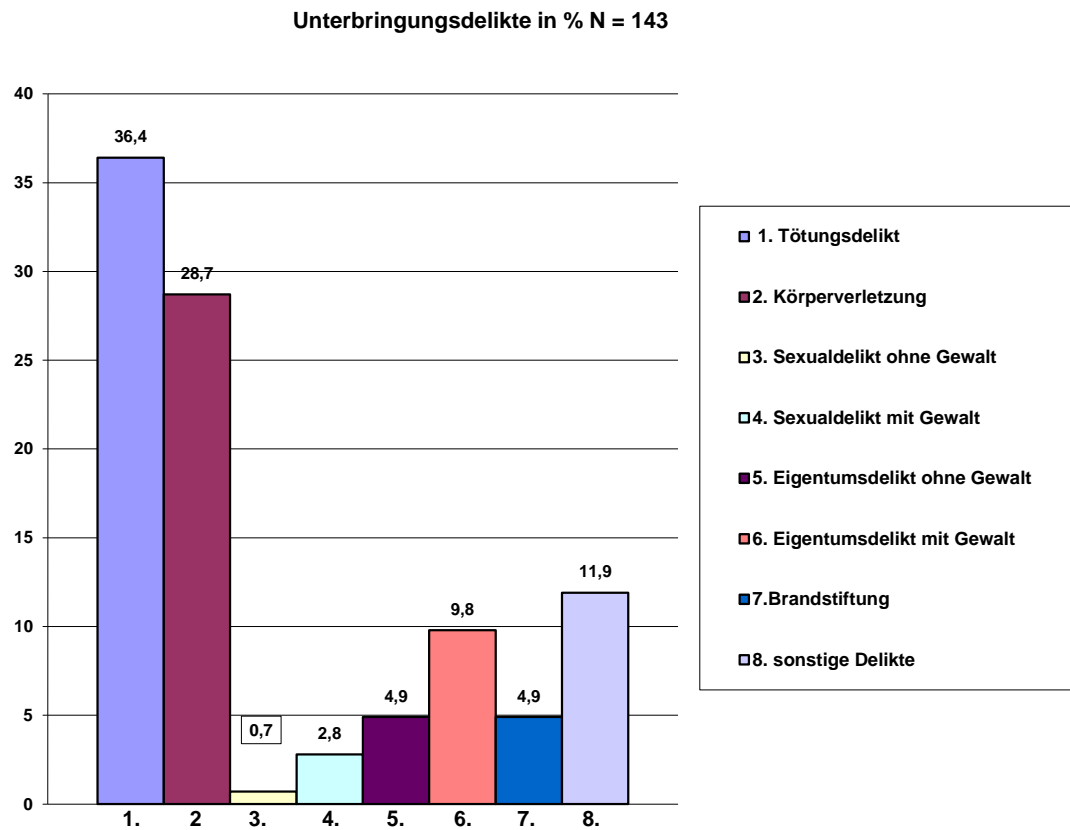
65. Seifert, D. (2007): Gefährlichkeitsprognosen. Eine empirische Untersuchung über Patienten des psychiatrischen Maßregelvollzugs. Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie, Bd. 113. Darmstadt: Springer Steinkopff
66. Seifert, D. (2010): Zur Gefährlichkeit ehemaliger Patienten des Maßregelvollzuges (§ 63 StGB). Aktuelle Daten der Essener prospektiven Prognosestudie. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie* (4)1, S. 60-69
67. Seifert, D. (2012): Lebensweg forensischer Patienten mit einer Schizophrenie - Vorgeschichte, Unterbringungsverlauf und die Zeit danach -. Vortrag bei der 5. Merziger Fachtagung „Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie – eine (angespannte) Beziehung 10.05.2012.
68. Seifert, D.; Knarren, A. (2013): Therapeutische Aspekte zur Vorhersage von Gefährlichkeit behandelter forensischer Patienten (§ 63 StGB). *Werkstattsschriften für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie* (3), S. 261-280
69. Simon, H. (1929): Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. W. de Gruyter & Co. Berlin und Leipzig:
70. Statistisches Bundesamt (2014a): Fachserie 10, Reihe 3, Strafverfolgung. (Früheres Bundesgebiet mit Berlin)
71. Statistisches Bundesamt (2014b): Lange Reihen Strafverfolgung für Deutschland. (Früheres Bundesgebiet mit Berlin)
72. Stompe, T.; Schanda, H. (2009): Schizophrenie, Psychopathie und Delinquenz. *Neuropsychiatrie* (23), S. 42–47.
73. Steadman, H.; Cocozza, J. (1974): Careers of the criminally insane;. Excessive social control of deviance. Lexington, Mass.: Lexington Books.
74. Swanson, J. W (1994): Mental Disorder, Substance Abuse, and Community Violence: An Epidemiological Approach. In: John Monahan und Henry J. Steadman (Hg.): Violence and mental disorder. Developments in risk assessment. Chicago: Univ. of Chicago Press (The John D. and Catherine T. MacArthur Foundation series on mental health and development), S. 101–136.
75. Swanson, J. W.; Swartz, M.; Van Dorn, R.; Volavka, J.; Monahan, J.; Stroup, T. et al. (2008): Comparison of antipsychotic medication effects on reducing violence in people with schizophrenia. In: *The British Journal of Psychiatry* 193 (1), S. 37–43.
76. Swanson, J. W. (2011): Explaining Rare Acts of Violence: The Limits of Evidence From Population Research (Psychiatric Services). Online verfügbar unter ps.psychiatryonline.org, zuletzt geprüft am 11.10.2014.
77. Taylor, P.; Gunn, J. (1999): Homicides by people with mental illness: myth and reality. *The British Journal of Psychiatry* (174), S. 9–14.78.
78. Them, W.; Dietrich, P. (2007): Zur Entwicklung von Dokumentationsstandards in der Bewährungshilfe. *Bewährungshilfe* 54 (2), S. 99–110.
79. Thornberry, T.; Jacoby, J. (1979): The criminally insane. Chicago: University of Chicago Press (Studies in crime and justice).
80. van der Werf, M.; Hanssen, M.; Köhler, S.; Verkaaik, M.; Verhey, F.; van Winkel, R. et al. (2014): Systematic review and collaborative recalculation of 133,693 incident cases of schizophrenia. In: *Psychological medicine* 44 (1), S. 9–16. DOI: 10.1017/S0033291712002796.

81. Wallace, C.; Mullen, P.; Burgess, P.; Palmer, S.; Ruschena, D.; Browne, C. (1998): Serious criminal offending and mental disorder. Case linkage study. In: *The British Journal of Psychiatry* 172 (6), S. 477–484.
82. Wallace, C.; Mullen, P.; Burgess, P. (2004): Criminal Offending in Schizophrenia over a 25-Year Period Marked by Deinstitutionalisation and Increasing Prevalence of Comorbid Substance Use Disorders. *American Journal of Psychiatry* (161), S. 716–727.
83. Walsh, E.; Buchanan, A.; Fahy, T. (2002): Violence and schizophrenia: examining the evidence. *The British Journal of Psychiatry* (180), S. 490–495.
84. Wessely, S. (1998): The Camberwell Study of Crime and Schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* (33), S. S24 - S28.
85. Wienberg, G. (Hg.) (2003): Schizophrenie zum Thema machen: psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen. 3., unveränd. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verl.

8. Anhang

8.1 Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Unterbringungsdelikte der Gesamtgruppe



Tab. A 1 Rückfällige Probanden: Vergleich ihrer Unterbringungs- und Rückfalldelikte

Unterbringungs- und Rückfalldelikte	Unterbringungsdelikte %	Rückfalldelikte %
1. Tötungsdelikt	40,0	3,3
2. Körperverletzung	26,7	26,7
3. Eigentumsdelikt ohne Gewalt	3,3	6,7
4. Eigentumsdelikt mit Gewalt	13,3	6,7
5. Sonstige	13,3	20,0
6. Strafverfolgung während FüA		6,7
7. Verstoß gegen Weisungen		23,3
8. Unbekannt		6,7

Tab. A 2 Art der Zusammenarbeit der Bewährungshilfe mit anderen Institutionen

Art der Zusammenarbeit der Bewährungshilfe mit anderen Institutionen		N	%
Nicht-rückfällige	wird nicht berichtet	15	21,1
	telefonischer Austausch	8	11,3
	persönlicher Austausch mit verschiedenen Helfern	36	50,7
	regelmäßige Rückmeldungen (tel./schrftl.) sind vereinbart	6	8,5
	Helferrunden fanden statt	6	8,5
Gesamt		71	100,0
Rückfällig	wird nicht berichtet	8	32,0
	telefonischer Austausch	5	20,0
	persönlicher Austausch mit verschiedenen Helfern	9	36,0
	regelmäßige Rückmeldungen (tel./schrftl.) sind vereinbart	1	4,0
	Helferrunden fanden statt	2	8,0
Gesamt		25	100,0

Tab. A 3 Ärztliche Nachsorge der Gesamtgruppe

Ärztliche Nachsorge der Gesamtgruppe	Zu Beginn der Führungsaufsicht		Zu Ende der Führungsaufsicht	
	N	%	N	%
keine Information	10	10,4	13	13,5
Hausarzt	4	4,2	2	2,1
Facharzt	60	62,5	60	62,5
Forensische Nachsorgeambulanz	7	7,3	6	6,3
Psychiatrische Ambulanz	15	15,6	15	15,5
Summe	96	100,0	96	100,0

Tab. A 4 Inhalt und Anzahl der Warnungen nach Probandengruppen

Warnungen nach Probandengruppen	Rückfällige (N=25)	Nicht- Rückf. gematcht (N=25)	Nicht-Rückf. Gesamt (N=71)	Gesamtstichprobe (N=96)
Verwarnte	16	14	28	44
Inhalt				
Alkohol einmal		4	7	7
Alkohol mehrfach	2	1	6	8
Illegale Drogen einmal	1	1	2	3
Illegale Drogen mehrfach	1		1	2
Labile psych. Verfassung	8	5	7	15
Compliance Arzt	2	3	5	7
Nachsorge	1		1	2
Compliance Neuroleptika	6	3	5	11
Wohnen		1	2	2
Weisungsverstoß einmal	5		1	6
Weisungsverstoß mehrfach	5		1	6
Arbeit		2	6	6
Soziale Beziehungen	2	3	6	8
Finanzen	1		1	2
Freizeit				
Selbstbestimmung		1	1	1
Sonstiges				
Gesamtnennungen	34	24	52	8

Tab. A 5 Vorstrafen vor Einweisung in den Maßregelvollzug

Stichprobe	Vordelikte in %
Gesamtstichprobe (N=143)	67,1
Probanden mit Berichten der Bewährungshilfe (N=96)	65,6
Davon: Nicht-rückfällige (N=71)	62,0
Rückfällige (N=25)	72,0

Tab. A 6 Tabelle der χ^2 -Werte

Hypothese Nr.	χ^2	df	Signifi- kanz niveau	signifikant ja/nein; nicht berechenbar
1.1 Arztcompliance gematcht				nicht berechenbar
1.2 Arztcompliance gesamt	8,585	2	0,014	signifikant
1.3 Neuroleptikacompliance gem	9,561	2	0,007	hoch signifikant
1.4 Neuroleptikacompliance gesamt	15,237	2	0,001	hoch signifikant
2.1 Gesetzl. Betreuung beginn gematcht				nicht berechenbar
2.2 Gesetzl. Betreuung ende gematcht				nicht berechenbar
2.3 Gesetzl. Betreuung beginn gesamt				nicht berechenbar
2.4 Gesetzl. Betreuung ende gesamt				nicht berechenbar
3.1 Wohnen beginn gem	6,876	1	0,009	hoch signifikant
3.2 Wohnen beginn gesamt	5,054	1	0,024	signifikant
3.3 Wohnen ende gem	1,733	1		nicht signifikant
3.4 Wohnen ende gesamt	2,792	1		nicht signifikant
4.1 Psych. Bef./Alltagsbew. gem				nicht berechenbar
4.2 Psych. Bef./Alltagsbew gesamt				nicht berechenbar
5.1 Beschäftigung beginn gem	1,587			nicht signifikant
5.2 Beschäftigung beginn gesamt	1,184			nicht signifikant
5.3 Beschäftigung ende gem	4,470	1	0,036	signifikant
5.4 Beschäftigung ende gesamt	7,123	1	0,01	hoch signifikant
6.1 Einkommen beginn gem	0,117	1		nicht signifikant
6.2 Einkommen beginn gesamt	0,017			nicht signifikant
6.3 Einkommen ende gem	0,302			nicht signifikant
6.4 Einkommen ende gesamt	0,135			nicht signifikant
7.1 Sucht im Verlauf gem	0,117			nicht signifikant
7.2 Sucht im Verlauf gesamt	0,022			nicht signifikant
8.1 Anzahl Verwarnte gem	0,033	1		nicht signifikant
8.2 Anzahl Verwarnte gesamt	4,494	1	0,03	signifikant
8.3 Anzahl Problemfelder gem	0,764			nicht signifikant
8.3 Anzahl Problemfelder gesamt	4,214	1	0,039	signifikant
9.1 Problematischer Verlauf gem	17,151	1		hoch signifikant
9.1 Problematischer Verlauf ges	19,693	1		hoch signifikant
9.2 Weitere ther./jur. Maßnahmen gem	2,599	1		nicht signifikant
9.2 Weitere ther./jur. Maßnahmen ges	5,594	1	0,022	signifikant
10.0 Doppeldiagnosen gem	0,857			nicht signifikant
10.0 Doppeldiagnosen gesamt	3,081			nicht signifikant

Tab. A 7 Poststationäre Prognosekriterien: Ergebnisse des Paarvergleiches

	R ges.		s R	OR sR/ IR	NR ge- match		NR ge- samt		chi² ge- matcht	chi² ge- samt
Variable	N	%	N		N	%	N	%		
	25	100.0	11		25	100.0	71	100,0		
Probleme bei der Arztcompliance	5	20,0	2	1,20	0		2	2,8	n.b.	sign. 2x3
Probleme bei der Neuroleptika-compliance	10	40,0	6	1,92	2	8,0	5	7,0	h.s. 2x3	h.s.
Gesetzliche Betreuung zu Beginn FüA eingerichtet	2	8,0	2	n.b.	3	12,0	12	16,9	n.b.	n.b.
Gesetzliche Betreuung Ende der FüA eingerichtet	1	4,0	1	n.b.	6	24,0	14	19,7	n.b.	n.b.
Wohnen Beginn FüA (Allein / Partnerschaft, Familie)	14	56,0	8	1,69	5	20,0	16	22,5	h.s.	sign.
Wohnen Ende FüA (Allein / Partnerschaft, Familie)	14	56,0	7	1,27	10	40,0	26	36,0	h.s.	n.s.
Psychisch. Befinden / Alltagsbewältigung/ erhöhte Krisenanfälligkeit	7	28,0	3	0,95	1	4,0	7	9,9	n.b.	n.b.
Beschäftigung Beginn FüA	16	64,0	7	0,98	20	80,0	52	72,8	n.s.	n.s.
Beschäftigung Ende FüA	12	48,0	7	1,78	18	72,0	51	71,4	sign.	h.s..
Einkommen Beginn FüA Sozialhilfe	13	52,0	5	0,79	12	48,0	42	59,2	n.s.	n.s.
Einkommen Arbeit/Vermögen	6	24,0	3	1,27	7	28,0	18	25,3	n.s.	n.s.
Suchtprobleme im Verlauf	5	20,0	3	1,90	5	20,0	15	21,2	n.s.	n.s.
Anzahl der Warnungen	34		19	1,61	24		52		n.b.	n.b.
Anzahl der Verwarnten	16	64,0	7	0,98	14	56,0	28	39,4	n.s.	sign.
Nennung mehrerer Problemfelder	11	44,0	8	1,52	8	32,0	17	24,9	n.s.	sign.
Zeitlicher Verlauf eher problemat.	12	48,0	5	1,10	2	8,0	10	14,1	h.s.	h.s.
Doppeldiagnosen	6	24,0	2	0,63	9	36,0	31	43,6	n.s.	n.s.
weitere ther. /jur. Maßnahmen emp	9	36,0	6	2,54	4	16,0	10	14,1	n.s.	sign.

8.4 Abkürzungen

Zu Tab. 8.3

OR: odds ratio

Rges: Gruppe der rückfälligen Probanden insgesamt

sR: Gruppe der Probanden mit schweren Rückfällen

lR: Gruppe der Probanden mit leichten Rückfällen

NRmatch: gematchte Gruppe der nicht-rückfälligen Probanden

NRges: gesamte Gruppe der nicht-rückfälligen Probanden

n.b.: nicht berechenbar, da Erwartungswert > 5 oder Zellwert = 0

n.s.: nicht signifikant

sign.: signifikant bei 0,05

h.s.: hoch signifikant bei 0.01

FüA: Führungsaufsicht

Zum Text:

AUC: area under curve

BZR: Bundeszentralregister

GAF-Wert: global assessment of functioning

OR: odds ratio

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

StGB: Strafgesetzbuch

StVK: Strafvollstreckungskammer

StVollzG: Strafvollzugsgesetz

t-a-r: time at risk = Nachbeobachtungszeitraum, in der der Proband in (bedingter) Freiheit lebte

WfB: Werkstatt für Behinderte

8.5 Erfassungsbogen zur Auswertung der Bewährungshelferberichte

Systematische Datenerfassung aus den Bewährungshelferakten der prospektiven Essener Studie

- **Basisdaten zum Patienten:**

Code: __

1. Geschlecht: w ☐ m ☐

2. Geburtstag: _____

3. Schulabschluss: _____

4. Vorstrafen: _____

5. Unterbringungsdelikt: _____

6. schuldunfähig/ vermindert schuldfähig durch (Diagnose):

7. Rechtsgrundlage der Entlassung:

1 = bedingte Entlassung gemäß §67 d Abs.2 StGB

2 = Haftstrafe regulär beendet

☐

8a. Datum der Unterbringung: _____

8b. Dauer der Unterbringung (in Monaten): _____

8c. Datum der (bedingten) Entlassung: _____

8d. Dauer der Führungsaufsicht (in Monaten): _____

☐ nicht rückfällig ☐ rückfällig Datum des Rückfalls:
Tatbestand:
Konsequenzen:

10. Sonstiges: _____

- **Basisdaten zu den Berichten**

1. Anzahl der eingegangenen Berichte: _____

2. Daten der eingegangenen Berichte: _____

3. Gesamteindruck des Bewährungshelferberichtes:

3.1 Aufbau: _____

3.2 Umfang der Berichte (in Zeilen): _____

Minimum _____

Maximum _____

Durchschnitt _____

3.3 Prognosen/ Empfehlungen, etc: _____

3.4 Sonstiges: _____

- Eventuelle Bewährungshelferwechsel:

Nein ☐ Ja ☐ (mal) (Begründung/ Zeitpunkt)

• **Bewährungshelferkontakte (insbesondere im zeitlichen Verlauf):**

• **Zusammenarbeit mit anderen Institutionen („Helferrunden“)(insbesondere im zeitlichen Verlauf):**

• **Nachsorgeformen:**

Beginn der Führungsaufsicht:

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Psychiater | <input type="checkbox"/> |
| 2. ambulante Psychotherapie | <input type="checkbox"/> |
| 3. stationäre Langzeitbehandlung | <input type="checkbox"/> |
| 4. zeitweise stationäre Behandlung | <input type="checkbox"/> |
| 5. Betreuung im Wohnheim | <input type="checkbox"/> |
| 6. Gesetzliche Betreuung | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sonstige (z.B.: Selbsthilfegruppen) | <input type="checkbox"/> |

Ende der Führungsaufsicht

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| 1. Psychiater | <input type="checkbox"/> |
| 2. ambulante Psychotherapie | <input type="checkbox"/> |
| 3. stationäre Langzeitbehandlung | <input type="checkbox"/> |
| 4. zeitweise stationäre Behandlung | <input type="checkbox"/> |
| 5. Betreuung im Wohnheim | <input type="checkbox"/> |
| 6. Gesetzliche Betreuung | <input type="checkbox"/> |
| 7. Sonstige (z.B. Selbsthilfegruppe) | <input type="checkbox"/> |

Bemerkungen zum zeitlichen Verlauf

- Wohnsituation (→ familiäre und partnerschaftliche Situation):

Zu Beginn der Führungsaufsicht:
Führungsaufsicht

Zu Ende der

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • allein | <input type="checkbox"/> | 1. allein | <input type="checkbox"/> |
| • Primärfamilie | <input type="checkbox"/> | 2. Primärfamilie | <input type="checkbox"/> |
| • Eigene Familie (Partnerin) | <input type="checkbox"/> | 3. Eigene Familie | <input type="checkbox"/> |
| • (Partnerin) | <input type="checkbox"/> | | |
| • Eigene Familie + Kind | | 4. Eigene Familie + Kind | <input type="checkbox"/> |
| • Stationäre Langzeitbehandlung | <input type="checkbox"/> | 5. Stationäre | <input type="checkbox"/> |
| • Langzeitbehandlung | <input type="checkbox"/> | | |
| • Entzugsklinik | | 6. Entzugsklinik | <input type="checkbox"/> |
| • Übergangwohnheim | <input type="checkbox"/> | 7. Übergangwohnheim | <input type="checkbox"/> |
| • Betreute Wohngemeinschaft | <input type="checkbox"/> | 8. Betreute | <input type="checkbox"/> |
| • Wohngemeinschaft | | | |
| • Nicht sesshaft | <input type="checkbox"/> | 9. Nicht sesshaft | <input type="checkbox"/> |
| • Unbekannt/ keine Informationen | <input type="checkbox"/> | 10. Unbekannt/ keine | <input type="checkbox"/> |
| • Informationen | | | |

Bemerkungen/ Informationen zum zeitlichen Verlauf:

Psychisches Befinden und Alltagsbewältigung:

- Arbeits-/ Erwerbssituation:

Zu Beginn der Führungsaufsicht:

Zu Ende der Führungsaufsicht

- | | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| 1. Arbeitslos | <input type="checkbox"/> | 1. Arbeitslos | <input type="checkbox"/> |
| 2. Arbeitslos mit kurzen Unterbrechungen | <input type="checkbox"/> | 2. Arbeitslos mit kurzen Unterbrechungen | <input type="checkbox"/> |

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| 3. Ganz-/ halbtägige Beschäftigung | <input type="checkbox"/> | 3. Ganz-/ halbtägige Beschäft. | <input type="checkbox"/> |
| 4. Wechselnde Festanstellung | <input type="checkbox"/> | 4. Wechselnde Festanstellung | <input type="checkbox"/> |
| 5. Stationäre Arbeitstherapie | <input type="checkbox"/> | 5. Stationäre Arbeitstherapie | <input type="checkbox"/> |
| 6. Beschützende Werkstatt (WfB)
(WfB) | <input type="checkbox"/> | 6. Beschützende Werkstatt | <input type="checkbox"/> |
| 7. Wechselnde Gelegenheitsarbeit | <input type="checkbox"/> | 7. Wechselnde Gelegenheitsar. | <input type="checkbox"/> |
| 8. Rentner | <input type="checkbox"/> | 8. Rentner | <input type="checkbox"/> |
| 9. Sonstige Beschäftigung | <input type="checkbox"/> | 9. Sonstige Beschäftigung | <input type="checkbox"/> |
| 10.Keine Information | <input type="checkbox"/> | 10.Keine Information | <input type="checkbox"/> |

Bemerkungen/ Informationen über den zeitlichen Verlauf:

- finanzielle Verhältnisse:

Zu Beginn der Führungsaufsicht:

Zu Ende der Führungsaufsicht:

- | | | | |
|-----------------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| 1. Einkommen aus Arbeitstätigkeit | <input type="checkbox"/> | 1. Einkommen aus Arbeitstätigkeit | <input type="checkbox"/> |
| 2. Sozialleistungen | <input type="checkbox"/> | 2. Sozialleistungen | <input type="checkbox"/> |
| 3. Schulden | <input type="checkbox"/> | 3. Schulden | <input type="checkbox"/> |
| 4. keine Information | <input type="checkbox"/> | 4. keine Information | <input type="checkbox"/> |

Bemerkungen/ Informationen zum zeitlichen Verlauf:

- Medikation:

Zu Beginn der Führungsaufsicht:
Führungsaufsicht:

1. keine/ keine Information ☐

2. temporär ☐

→welche: _____

3. dauerhaft ☐

→welche: _____

Zu Ende der

1. keine/ keine Informationen ☐

2. temporär ☐

→welche: _____

3. dauerhaft ☐

→welche: _____

Bemerkungen/ Informationen zum zeitlichen Verlauf:

- Suchtverhalten:

Alkoholkonsum: _____

Drogenkonsum: _____

Andere: _____

keine Informationen ☐

Angaben über den zeitlichen Verlauf: _____

- Warnungen:

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. keine | <input type="checkbox"/> |
| 2. Alkoholprobleme (mal) | <input type="checkbox"/> |
| 3. Drogenprobleme (mal) | <input type="checkbox"/> |
| 4. labile psych. Verfassung | <input type="checkbox"/> |
| 5. Therapieprobleme
(Unregelmäßigkeiten, etc) | <input type="checkbox"/> |
| 6. Probleme mit Nachsorge | <input type="checkbox"/> |
| 7. Medikamentenprobleme | <input type="checkbox"/> |
| 8. Probleme bzgl. Wohnsituation | <input type="checkbox"/> |
| 9. Weisungsverstöße (mal) | <input type="checkbox"/> |
| 10. Probleme am Arbeitsplatz | <input type="checkbox"/> |
| 11. Problem bei soz. Beziehungen | <input type="checkbox"/> |
| 12. finanzielle Probleme | <input type="checkbox"/> |
| 13. Problem bei Freizeitgestaltung | <input type="checkbox"/> |
| 14. Wunsch nach mehr Selbstbestimmung | <input type="checkbox"/> |

→ inwiefern:

15. Sonstiges/ Kommentar:

→ Folgen (z.B.: richterliche Verwarnungen, erneutes psychiatrisches Gutachten, etc.):

Verlaufsbeobachtung des Erhebungszeitraumes (Welche Entwicklung vollzog sich?):

- Sonstiges, Besonderheiten:

8.6 Wertelabel

26	auf ber	0 kurz, kaum Informationen 1 uneinheitlich, wenig Informationen 2 knapp, ausreichend 3 systematischer Aufbau, umfassende, wesentliche Informationen	47	fin ver beg	0 keine Information 1 Einkommen überwiegend aus Arbeitstätigkeit 2 überwiegend aus Sozialleistungen 3 Arbeitseinkommen und Schulden 4 Sozialleistungen und Schulden 5 aus eigenem Vermögen
27	prog empf	0 keine Prognosen, Empfehlungen 1 Beendigung der FUA empfohlen 2 weitere therap./ soziale Maßnahmen empfohlen 3 weitere juristische Maßnahmen empfohlen	48	fin ver end	0 keine Information 1 Einkommen überwiegend aus Arbeitstätigkeit 2 überwiegend aus Sozialleistungen 3 Arbeitseinkommen und Schulden 4 Sozialleistungen und Schulden 5 aus eigenem Vermögen
28	Sonstiges	0 keine Informationen	49	zeit verl fin	0 keine Information 1 stabile finanzielle Situation 2 instabil, sich verschlechternde Situation 3 geordnet incl. Geplanten Tilgung Schulden
29	b wech	0 kein Wechsel 1 ein Wechsel 2 zwei Wechsel 3 drei oder mehr Wechsel	50	med beg fua	0 keine Information 1 keine Neuroleptika angeordnet 2 temporär 3 temporär oral 4 temporär Depot 5 dauerhaft 6 dauerhaft oral 7 dauerhaft Depot
30	bew kon verl	1 regelmäßig, zuverlässig 2 gelegentlich unregelmäßig 3 vor Rückfall unregelmäßig 4 überwiegend unzuverlässig	51	med end fua	0 keine Information 1 keine Neuroleptika angeordnet 2 temporär 3 temporär oral 4 temporär Depot 5 dauerhaft 6 dauerhaft oral 7 dauerhaft Depot
31	zusarb inst	0 wird nicht berichtet 1 telefon. Austausch 2 persönlicher Austausch mit verschiedenen Helfern 3 regelmäßige Rückmeldungen (tel/schriftl.) sind vereinbart 4 Helferrunden fanden statt	52	zeitl verl med	0 keine Information 1 wenig Infos 2 Medi-änderung u/o rzwechsel abgesprochen 3 Medikations- u/o Arztwechsel nicht abgesprochen
32	ärztl nachs beg	0 keine Informationen 1 keine ärztl. Betreuung 2 Hausarzt 3 Facharzt / FNA	53	sucht	0 keine Information 1 keine Probleme mit Süchten 2 Alkohol 3 illegale Drogen 4 nicht stoffgebundene Sucht 5 Polytoxikomanie
33	ärztl nachs ende	0 keine Informationen 1 keine ärztl. Betreuung 2 Hausarzt 3 Facharzt / FNA	54	verl sucht	0 keine Information 1 keine Probleme mit Süchten 2 gelegentliche Probleme 3 durchgängig problematisch
34	ärztl nachs verl	0 keine Information 1 keine ärztl. Betreuung Notwendig 2 regelm. ärztl. Betreuung 3 regelm. mit abgesprochener Medi-änderung u.o. freiw. Stat. Krisenintervention 4 unregelmäßig, nicht abgesprochene Arztwechsel, Abbruch der Behandlung	55	Warnungen 1	01 keine Warnungen 02 Alkoholproblem einfach 03 Alkoholproblem mehrfach 04 illegale Drogen einfach 05 illegale Drogen mehrfach 06 labile psychische Verfassung 07 Probleme mit der Therapiecompliance 08 Probleme mit der Nachsorge 09 Probleme bei der Neuroleptikacompliance 10 Probleme beim Wohnen 11 Weisungsverstoß einfach 12 Weisungsverstoß mehrfach 13 Probleme bei der Arbeit 14 Probleme in sozialen Beziehungen 15 finanzielle Probleme 16 Probleme in der Freizeitgestaltung 17 Wunsch nach mehr Selbstbestimmung 18 Sonstiges
35	zus nachs beg	0 keine zusätzliche Behandlung 1 amb. Psychotherapie 2 stationäre Langzeitbehandlung 3 zeitweise stationär psychiatrische Behandlung/Krisenintervention 4 Betreuung im Wohnheim 5 Sonstige z.B. Selbsthilfegruppe			
36	zus nachs ende	0 keine zusätzliche Behandlung 1 amb. Psychotherapie 2 stationäre Langzeitbehandlung 3 zeitweise stationär psychiatrische Behandlung/Krisenintervention 4 Betreuung im Wohnheim 5 Sonstige z.B. Selbsthilfegruppe			
37	zus nachs verl	0 keine Informationen 1 keine zusätzliche Nachsorge notwendig 2 nach Bedarf bei Krisen			
38	ges betr beg	0 keine Informationen 1 nicht eingerichtet 2 eingerichtet			
39	ges betr ende	0 keine Informationen 1 nicht eingerichtet 2 eingerichtet			
40	wohn beg fua	0 unbekannt / keine Informationen 1 alleine 2 bei der Primär- (= Herkunfts-) familie 3 mit Frau/Partnerin 4 eigene Familie mit Kind 5 stationäre Langzeitbehandlung 6 Entzugsklinik 7 Übergangswohnheim 8 betreute Wohngemeinschaft 9 nicht selbsthaft			

41	wohn end füa	00 unbekannt, keine Informationen 01 alleine 02 bei der Primär- (Herkunfts-) familie 03 mit au/Partnerin 04 eigene Familie mit Kind 05 stationäre Langzeitbehandlung 06 Entzugsklinik 07 Übergangswohnhei 08 betreute Wohngemeinschaft 09 Pflegefamilie 10 nicht seßhaft	56	Warnungen 2	01 keine Warnungen 02 Alkoholproblem einfach 03 Alkoholproblem mehrfach 04 illegale Drogen einfach 05 illegale Drogen mehrfach 06 labile psychische Verfassung 07 Probleme mit der Therapiecompliance 08 Probleme mit der Nachsorge 09 Probleme bei der Neuroleptikacompliance 10 Probleme beim Wohnen 11 Weisungsverstoß einfach 12 Weisungsverstoß mehrfach 13 Probleme bei der Arbeit 14 Probleme in sozialen Beziehungen 15 finanzielle Probleme 16 Probleme in der Freizeitgestaltung 17 Wunsch nach mehr Selbstbestimmung 18 Sonstiges
42	zeitl verl woh	0 keine Informationen 1 keine Veränderung 2 Veränderung weniger Autonomie n Absprache mit FüA 3 Veränderung mehr Autonomie in Absprache mit FüA 4 Veränderung ohne Absprache mit FüA	57	Warnungen 3	01 keine Warnungen 02 Alkoholproblem einfach 03 Alkoholproblem mehrfach 04 illegale Drogen einfach 05 illegale Drogen mehrfach 06 labile psychische Verfassung 07 Probleme mit der Therapiecompliance 08 Probleme mit der Nachsorge 09 Probleme bei der Neuroleptikacompliance 10 Probleme beim Wohnen 11 Weisungsverstoß einfach 12 Weisungsverstoß mehrfach 13 Probleme bei der Arbeit 14 Probleme in sozialen Beziehungen 15 finanzielle Probleme 16 Probleme in der Freizeitgestaltung 17 Wunsch nach mehr Selbstbestimmung 18 Sonstiges
43	psych bef all	0 keine Informationen 1 Streß und Krisen produzierend 2 krisenanfällig und eher unselbstständig 3 gelegentlich krisenanfällig 4 überwiegend stabil und selbstständig	58	folg warn	0 keine Konsequenzen 1 richterliche Verwahrung 2 Änderung/Konkretisierung von Weisungen 3 erneutes psychiatrisches Gutachten 4 kurze freiwillige stat. Krisenintervention 5 befristete Wiederinvolzugsetzung nach § 67h StGB 6 Widerruf der Aussetzung der Bewährung nach § 67g StGB 7 Lösung durch Kooperation Helfer-Proband 8 Sonstige
44	arb beg füa	00 keine Information 01 arbeitslos 02 arbeitslos mit kurzen Unterbrechungen 03 ganz-/ halbtags Beschäftigung 04 wechselnde Festanstellungen 05 stationäre Arbeitstherapie 06 ambulante Arbeitstherapie 07 WIB 08 wechselnde Gelegenheitsarbeit 09 Rentner 10 Sonstigen Beschäftigung	59	verl erheb	0 keine Information 1 positiver Verlauf ohne schwere Krisen 2 posit. Verlauf mit Bewältigung von Krisen in Koop mit Helfern 3 eher problematisch, aber keine Rückfalldelinquenz 4 problematisch mit Rückfalldelinquenz 5 unproblematischer Verlauf mit plötzlicher Rückfalldelinquenz 6 Sonstiges
45	arb ende füa	00 keine Information 01 arbeitslos 02 arbeitslos mit kurzen Unterbrechungen 03 ganz-/ halbtags Beschäftigung 04 wechselnde Festanstellungen 05 stationäre Arbeitstherapie 06 ambulante Arbeitstherapie 07 WIB 08 wechselnde Gelegenheitsarbeit 09 Rentner 10 Sonstigen Beschäftigung	60	sonst bes	1 besonders inhaltsame Berichterstattung 2 keine/unzureichende Kooperation des Helfersystems 3 gute inhaltliche Berichterstattung 4 gute Kooperation Helfer-Proband, zeitnahe Krisenintervention
46	arb zeitl ver	0 keine Informationen 1 wechselnd angepaßt an Belastungsfähigkeit des Prob. 2 stabil über den Verlauf 3 häufige Wchsel ohne Absprache 4 häufige Abbrüche und Unregelmäßigkeiten			

9. Danksagung

Mein Dank geht an erster Stelle an Herrn Professor Dr. med. Dieter Seifert, der mich mit freundlichem Langmut, viel Geduld und methodischer Konsequenz betreute.

Dank auch an die Kolleginnen und Kollegen des Instituts für forensische Psychiatrie am Rheinischen Klinikum Essen, die mir während der Auswertungsphase einen Arbeitsplatz zur Verfügung stellten und mir manch wertvolle Anregungen gaben.

Und nicht zuletzt bedanke ich mich bei Herrn Boris Neuer, der große Teile der Arbeit korrekturgelesen hat.

10. Lebenslauf

Der Lebenslauf ist in der Online-Version aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten.